Lista de medicamentos esenciales

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de tres niveles

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

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

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

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio anthem.com/ca and choose Prescription Benefits. Ten en cuenta lo siguiente: El formulario está sujeto a cambios y todas las versiones anteriores del formulario no son válidas.

- Los miembros actuales de Anthem tienen a disposición herramientas y recursos adicionales para ver la lista de medicamentos más actualizada del plan, así como los medicamentos que se agregaron, los genéricos y más, al iniciar sesión en anthem.com/ca.

- Tu cobertura tiene limitaciones y exclusiones, lo cual significa que hay ciertas normas sobre lo que cubre tu plan y lo que no cubre. ¿Ya eres miembro? Puedes ver tu Certificado/Evidencia de cobertura o tu Descripción resumida del plan si inicias sesión en anthem.com y accedes a **My Plan ->Benefits-> Plan Documents (Mi plan ->Beneficios-> Documentos del plan)**.

- Tú y tu médico pueden usar esta lista como guía para elegir los medicamentos adecuados para ti. Es posible que tu plan no cubra los medicamentos que no están en esta lista y pueden costarte más como gasto de bolsillo. Para ayudarte a comprender cómo funciona la lista con tu beneficio para medicamentos, hemos incluido algunas preguntas frecuentes (FAQ) en este documento sobre cómo se organiza la lista y qué hacer si un medicamento no se encuentra en ella.

Lista de Medicamentos Esenciales

Tres Niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION 4
***ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 12
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 15
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 15
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 18
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 20
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 22
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS** 23
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 23
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART** 23
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 24
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 24
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 25
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 28
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 29
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 32
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 34
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 39
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 39
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 40
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 41
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 42
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 42
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 44
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 48
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 49
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 49
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 50
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 50
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 56
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 57
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 60
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 64
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 65
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 67
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 67
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 68
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 69
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 75
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 76
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 77
DIAGNOSTIC PRODUCTS 84
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 84
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART** 84
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES** 85
***ESTROGENS* - HORMONES** 88
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 89
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH** 89
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 91
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 92
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 92
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD** 93
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 94
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 96
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 96
***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH** 97
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 100
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 101

***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT** 101
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 110
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION** 111
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS** 112
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 114
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 115
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 119
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 120
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 121
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 121
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 121
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 125
***OXYTOCICS* - HORMONES** 125
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 125
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 126
***PROGESTINS* - HORMONES** 127
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 127
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 133
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 133
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 133
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 134
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 134
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 135
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 136
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 137
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 140
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 140
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 141

Lista de medicamentos esenciales – 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 (*fentanyl*)

- 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

codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg

- 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.

levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)

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.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 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.

Anthem

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 1/1/2025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADHD AGENT - SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA
ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
atomoxetine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA
AMPHETAMINE MIXTURES - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; DO
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
amphet-dextroamphet 3-bead er oral capsule extended release 24 hour	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
AMPHETAMINES - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
amphetamine sulfate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
amphetamine sulfate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	PA; QL (4 capsules per 1 day)
dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dextroamphetamine sulfate oral solution	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	2	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	2	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
procentra oral solution	1 or 1b*	PA; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
zenzedi oral tablet 10 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
zenzedi oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
zenzedi oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ANALEPTICS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
caffeine citrate oral solution	2	
ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
benzphetamine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
diethylpropion hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
phendimetrazine tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (6 tablets per 1 day)
phentermine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
phentermine hcl oral tablet	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 (*tirzepatide-weight management*)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*liraglutide - weight management*)	3	PA; BE; QL (3 mg per 1 day)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*semaglutide-weight management*)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (*pitolisant hcl*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (*pitolisant hcl*)	3	PA; LD; DO; SP
LIPASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
orlistat oral capsule	2	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STIMULANTS - MISC. - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
armodafinil oral tablet 50 mg	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	ST; DO
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 capsule per 1 day)
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr	2	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr	2	ST; QL (1 patch per 1 day)
modafinil oral tablet 100 mg	2	PA; DO
modafinil oral tablet 200 mg	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOGLYCOSIDES - ANTIBIOTICS**		
amikacin sulfate injection solution	2	
gentamicin in saline intravenous solution	2	
gentamicin sulfate injection solution	2	
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml	3	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	3	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml	2	QL (900 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml	2	QL (180 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml	2	QL (1500 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	2	QL (30 vials per 30 days)
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (*upadacitinib*)	3	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (*upadacitinib*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (*upadacitinib*)	3	PA; LD; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (*tofacitinib citrate*)	3	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (*tofacitinib citrate*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tofacitinib citrate*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*methotrexate (anti-rheumatic)*)	3	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; LD; QL (2 syringes 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (*adalimumab*)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (*adalimumab*)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapys); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*adalimumab*)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (*golimumab*)	3	PA; LD; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*golimumab*)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*golimumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
celecoxib oral capsule 400 mg	2	QL (1 capsule per 1 day)
GOLD COMPOUNDS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RIDAURA ORAL CAPSULE (*auranofin*)	2	QL (3 capsules per 1 day)
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg	2	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ec-naproxen oral tablet delayed release	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
etodolac oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
etodolac oral capsule 300 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
etodolac oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
flurbiprofen oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
flurbiprofen oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
ibu oral tablet	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
indomethacin er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
indomethacin oral capsule 25 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
indomethacin oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml	2	QL (4 ML per 30 days)
KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML	2	QL (2 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml	2	QL (2 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine oral tablet	1 or 1a*	QL (20 tablets per 30 days)
meclofenamate sodium oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
mefenamic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (29 capsule per 1 fill)
meloxicam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nabumetone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
nabumetone oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
naproxen dr oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen sodium oral tablet 275 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen sodium oral tablet 550 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
piroxicam oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
sulindac oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
tolmetin sodium oral capsule	2	QL (3 capsules per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OTEZLA ORAL TABLET (*apremilast*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (*apremilast*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (*apremilast*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
leflunomide oral tablet	2	QL (1 tablet per 1 day)
SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*etanercept*)	3	PA; LD; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (*etanercept*)	3	PA; LD; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (*etanercept*)	3	PA; LD; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (*etanercept*)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*etanercept*)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANALGESICS OTHER - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
acetaminophen intravenous solution	1 or 1b*	
ANALGESICS-SEDATIVES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
bac oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-acetaminophen oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
tencon oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SALICYLATES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
aspirin 81 oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin 81 oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet chewable	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
aspirin regimen oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bayer low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
bayer low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
diflunisal oral tablet	1 or 1b*	
ecotrin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
h-e-b aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kls aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
mm aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
sb childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
sb low dose asa ec oral tablet delayed release	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
sm aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
st joseph aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
st joseph low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
st joseph low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
CODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
acetaminophen-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (30 mL per 1 day)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	1 or 1a*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg	1 or 1a*	AL; QL (6 tablet per 1 day)
ascomp-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
butalbital-asa-caff-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
DIHYDROCODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
trezix oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
HYDROCODONE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
hydrocodone-acetaminophen oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
codeine sulfate oral tablet 30 mg	2	AL; QL (6 tablets per 1 day)
duramorph injection solution	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	
fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml	1 or 1b*	
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	2	PA; QL (4 lozenge per 1 day)
fentanyl citrate buccal tablet	2	PA; QL (4 tablet per 1 day)
fentanyl transdermal patch 72 hour	2	PA; QL (15 patches per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml	1 or 1b*	
hydromorphone hcl oral liquid	1 or 1b*	QL (24 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydromorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
levorphanol tartrate oral tablet 3 mg	2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
meperidine hcl injection solution	1 or 1b*	
meperidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
meperidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
methadone hcl intensol oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadone hcl oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadone hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methadone hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
methadone hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
methadone hcl oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methadose oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
mitigo injection solution	2	
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	1 or 1b*	
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour	2	PA; QL (2 capsules per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg	2	PA; QL (3 tablet per 1 day)
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1b*	
morphine sulfate oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
morphine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone hcl oral capsule	2	QL (7 days per 1 fill)
oxycodone hcl oral concentrate	2	QL (6 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral solution	2	QL (30 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet	2	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent	2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
oxymorphone hcl oral tablet 10 mg	2	QL (6 tablet per 1 day)
oxymorphone hcl oral tablet 5 mg	2	QL (6 tablets per 1 day)
remifentanil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 25 mg	2	PA; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tramadol hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
OPIOID COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
endocet oral tablet 5-325 mg	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)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
OPIOID PARTIAL AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
buprenorphine hcl injection solution	2	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
buprenorphine transdermal patch weekly	2	PA; QL (1 package per 28 days)
butorphanol tartrate injection solution	2	
butorphanol tartrate nasal solution	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
nalbuphine hcl injection solution	2	QL (2 mL per 1 day)
pentazocine-naloxone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRAMADOL COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
tramadol-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES**		
ANDROGENS - DRUGS FOR MEN**		
danazol oral capsule 100 mg, 50 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
danazol oral capsule 200 mg	2	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (*testosterone cypionate*)	1 or 1b*	PA
testosterone cypionate intramuscular solution	1 or 1b*	PA
testosterone enanthate intramuscular solution	1 or 1b*	PA
testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)	2	PA; QL (1 bottle per 30 days)
testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)	2	PA; QL (1 pump per 30 days)
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	2	PA; QL (2 bottles per 30 days)
testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)	2	PA; QL (1 packet per 1 day)
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)	2	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
testosterone transdermal solution	2	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*testosterone enanthate*)	3	PA
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS**		
INTRARECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
budesonide rectal foam 2 mg	2	QL (4.78 gm per 1 day)
budesonide rectal foam 2 mg/act	2	QL (4.78 grams per 1 day)
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
NITRATE VASODILATING AGENTS - RECTAL PREPARATIONS**		
nitroglycerin rectal ointment	2	QL (1 unit per 1 day)
RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
RECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone*)	1 or 1b*	
procto-med hc external cream	1 or 1b*	
proctosol hc external cream	1 or 1b*	
proctozone-hc external cream	1 or 1b*	
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR PARASITES**		
albendazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ivermectin oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
praziquantel oral tablet	2	
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANTIANGINALS-OTHER - DRUGS FOR ANGINA**		
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour	2	QL (2 tablets per 1 day)
NITRATES - DRUGS FOR ANGINA**		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	1 or 1b*	
isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg	2	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
isosorbide mononitrate oral tablet	1 or 1b*	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (*nitroglycerin*)	2	
nitroglycerin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	
nitroglycerin translingual solution	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIANXIETY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR ANXIETY**		
buspirone hcl oral tablet	1 or 1b*	
droperidol injection solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl oral syrup	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl oral tablet	1 or 1b*	
hydroxyzine pamoate oral capsule	1 or 1a*	
meprobamate oral tablet	3	
BENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
alprazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
alprazolam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
chlordiazepoxide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
clorazepate dipotassium oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diazepam injection solution 10 mg/2ml	1 or 1a*	
diazepam intensol oral concentrate	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
diazepam oral concentrate	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
diazepam oral solution	1 or 1a*	
diazepam oral tablet	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lorazepam injection solution	1 or 1b*	
lorazepam intensol oral concentrate	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
lorazepam oral tablet 0.5 mg	1 or 1b*	DO
lorazepam oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
oxazepam oral capsule	2	QL (4 capsules per 1 day)
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANTIARRHYTHMICS - MISC. - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
disopyramide phosphate oral capsule	2	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*disopyramide phosphate*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
procainamide hcl injection solution	2	
quinidine gluconate er oral tablet extended release	2	
quinidine sulfate oral tablet	1 or 1a*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml	1 or 1b*	
lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%	1 or 1b*	
mexiletine hcl oral capsule	2	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
flecainide acetate oral tablet 100 mg	2	QL (4 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 150 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 50 mg	2	QL (3 tablets per 1 day)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour	2	
propafenone hcl oral tablet	2	
ANTIARRHYTHMICS TYPE III - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
amiodarone hcl intravenous solution	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
dofetilide oral capsule	3	LD
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	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)
budesonide-formoterol fumarate (Breyna Inhalation Aerosol)	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (*budeson-glycopyrrol-formoterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*ipratropium-albuterol*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated	2	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution	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)
wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (*omalizumab*)	3	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (*omalizumab*)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (*omalizumab*)	3	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (*omalizumab*)	3	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*omalizumab*)	3	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
BETA ADRENERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	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)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup	1 or 1b*	
albuterol sulfate oral tablet	1 or 1b*	
arformoterol tartrate inhalation nebulization solution	2	QL (60 vial per 30 days)
formoterol fumarate inhalation nebulization solution	2	QL (120 ML per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	2	QL (90 vials per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	2	QL (90 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
levalbuterol tartrate inhalation aerosol	1 or 1b*	ST; QL (2 inhalers 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)
terbutaline sulfate injection solution	1 or 1b*	
terbutaline sulfate oral tablet	1 or 1b*	
BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (*ipratropium bromide hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution	1 or 1b*	QL (300 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE (*tiotropium bromide monohydrate*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*tiotropium bromide monohydrate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule	2	QL (1 capsule per 1 day)
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*mepolizumab*)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (*mepolizumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (*mepolizumab*)	3	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*mepolizumab*)	3	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
montelukast sodium oral packet	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
roflumilast oral tablet	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
STEROID INHALANTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone furoate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act	2	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act	2	QL (4 inhalers per 30 days)
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act	2	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act	2	QL (2 inhalers per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
XANTHINES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
aminophylline intravenous solution	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (*theophylline*)	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (*theophylline*)	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (*theophylline*)	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG (*theophylline*)	2	QL (2 capsules per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline oral elixir	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
theophylline oral solution	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
COUMARIN ANTICOAGULANTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
jantoven oral tablet	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	
DIRECT FACTOR XA INHIBITORS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*apixaban*)	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (*apixaban*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (*apixaban*)	2	QL (74 tablets per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*rivaroxaban*)	2	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (*rivaroxaban*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (*rivaroxaban*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*rivaroxaban*)	2	QL (1 pack per 365 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
bd heparin posiflush intravenous solution	2	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%	2	
heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution	2	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%	2	
heparin sod (pork) lock flush intravenous solution	2	
heparin sodium (porcine) injection solution	2	
heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml	2	
LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
enoxaparin sodium injection solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML (*dalteparin sodium*)	3	QL (8 mL per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (*dalteparin sodium*)	3	QL (6 vials per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dalteparin sodium*)	3	QL (30 syringes per 30 days)
SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
fondaparinux sodium subcutaneous solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
clobazam oral suspension	2	QL (16 mL per 1 day)
clobazam oral tablet	2	QL (2 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diazepam rectal gel	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 fill)
ANTICONVULSANTS - MISC. - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carbamazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
carbamazepine oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
carbamazepine oral tablet chewable 200 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
gabapentin oral capsule	1 or 1b*	DO
gabapentin oral solution	2	QL (72 mL per 1 day)
gabapentin oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
gabapentin oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lacosamide intravenous solution	2	
lacosamide oral solution	2	QL (40 mL per 1 day)
lacosamide oral tablet	2	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine oral tablet	1 or 1b*	DO
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	2	QL (6 tablets per 1 day)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	2	QL (4 tablets per 1 day)
levetiracetam intravenous solution	2	
levetiracetam oral solution	2	QL (30 mL per 1 day)
levetiracetam oral tablet 1000 mg	2	QL (3 tablets per 1 day)
levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	2	DO
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	2	DO
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg	2	QL (4 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	QL (3 capsule per 1 day)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
pregabalin oral capsule 75 mg	2	QL (3 capsules per 1 day)
pregabalin oral solution	2	QL (30 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
primidone oral tablet 125 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
roweepra oral tablet	2	DO
rufinamide oral suspension	2	QL (80 mL per 1 day)
rufinamide oral tablet 200 mg	2	DO
rufinamide oral tablet 400 mg	2	QL (8 tablets per 1 day)
subvenite oral tablet	1 or 1b*	DO
subvenite starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
subvenite starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
subvenite starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg	2	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	2	DO
topiramate oral capsule sprinkle	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
zonisamide oral capsule	2	QL (6 capsule per 1 day)
CARBAMATES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
felbamate oral suspension	2	QL (30 mL per 1 day)
felbamate oral tablet	2	QL (6 tablets per 1 day)
GABA MODULATORS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
tiagabine hcl oral tablet	2	QL (2 tablets per 1 day)
vigabatrin oral packet	3	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
vigabatrin oral tablet	3	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
vigadrone oral packet	3	LD; QL (6 packets per 1 day)
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
vigabatrin (Vigpoder Oral Packet)	3	LD; QL (6 packets per 1 day)
HYDANTOINS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (*phenytoin sodium extended*)	2	
fosphenytoin sodium injection solution	2	
PHENYTEK ORAL CAPSULE (*phenytoin sodium extended*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
phenytoin infatabs oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin oral suspension	1 or 1b*	
phenytoin oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin sodium extended oral capsule	1 or 1b*	
phenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
SUCCINIMIDES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
ethosuximide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
ethosuximide oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
methsuximide oral capsule	2	QL (4 capsules per 1 day)
VALPROIC ACID - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	1 or 1b*	
valproic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
valproic acid oral solution	1 or 1b*	
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*	
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*	
ANTIDEPRESSANTS - MISC. - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4.5 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 75 mg	1 or 1b*	DO
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
phenelzine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
tranylcypromine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
citalopram hydrobromide oral 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
citalopram hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral solution	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral tablet	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule delayed release	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral solution	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate oral tablet	1 or 1b*	
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
paroxetine hcl oral suspension	2	
paroxetine hcl oral tablet	1 or 1b*	
sertraline hcl oral concentrate	1 or 1b*	
sertraline hcl oral tablet	1 or 1b*	
SEROTONIN MODULATORS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nefazodone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1 or 1a*	DO
trazodone hcl oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (*vortioxetine hbr*)	3	DO
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (*vortioxetine hbr*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO
vilazodone hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg	2	QL (6 capsules per 1 day)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg	2	QL (4 capsules per 1 day)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg	2	QL (3 capsule per 1 day)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
venlafaxine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1a*	DO
amitriptyline hcl oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (3 tablets per 1 day)
amitriptyline hcl oral tablet 150 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 25 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
clomipramine hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	2	DO
desipramine hcl oral tablet 100 mg	2	QL (3 tablets per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 150 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
doxepin hcl oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
imipramine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 10 mg	2	QL (6 tablets per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 5 mg	2	DO
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
***ANTIDIABETICS* - HORMONES**		
ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
acarbose oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
miglitol oral tablet	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BIGUANIDES - DRUGS FOR DIABETES**		
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral solution	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*; $0	QL (3 tablets per 1 day)
DIABETIC OTHER - DRUGS FOR DIABETES**		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (*glucagon*)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (*glucagon*)	3	QL (1 pack per 30 days)
diazoxide oral suspension	2	
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 (*glucagon*)	3	QL (2 packs per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*glucagon*)	3	QL (1 pack per 30 days)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION (*glucagon*)	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*glucagon*)	3	QL (2 packs per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*dasiglucagon hcl*)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dasiglucagon hcl*)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin benzoate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (*sitagliptin phosphate*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET (*sitagliptin-metformin hcl*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (*sitagliptin-metformin hcl*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (*sitagliptin-metformin hcl*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin-pioglitazone oral tablet	1 or 1b*	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMAN INSULIN - DRUGS FOR DIABETES**		
HUMALOG INJECTION SOLUTION (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin lispro prot & lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin lispro prot & lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*insulin lispro prot & lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin nph isophane & regular*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*insulin nph isophane & regular*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin nph human (isophane)*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*insulin nph human (isophane)*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (*insulin regular human*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (*insulin regular human*)	2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin regular human*)	2	PA; QL (18 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glargine*)	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (*insulin glargine*)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION (*insulin lispro-aabc*)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro-aabc*)	2	QL (30 mL per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glargine*)	2	QL (12 mL per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glargine*)	2	QL (13.5 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (*insulin degludec*)	2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML (*insulin degludec*)	2	QL (18 mL per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*insulin degludec*)	2	QL (30 mL per 30 days)
INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS) - DRUGS FOR DIABETES**		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tirzepatide*)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS) - DRUGS FOR DIABETES**		
liraglutide subcutaneous solution pen-injector	2	PA; QL (1 box per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*semaglutide*)	2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*semaglutide*)	2	PA; QL (1 unit per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*semaglutide*)	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (*semaglutide*)	2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (*semaglutide*)	2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (*dulaglutide*)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (*dulaglutide*)	2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
INSULIN-INCRETIN MIMETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin glargine-lixisenatide*)	2	ST; QL (5 pen per 25 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin degludec-liraglutide*)	2	ST; QL (5 pen per 30 days)
MEGLITINIDE ANALOGUES - DRUGS FOR DIABETES**		
nateglinide oral tablet	2	QL (3 tablets per 1 day)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	2	QL (4 tablets per 1 day)
repaglinide oral tablet 2 mg	2	QL (8 tablets per 1 day)
PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR DIABETES**		
mifepristone oral tablet 300 mg	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB - DRUGS FOR DIABETES**		
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (*empagliflozin-linaglip-metform*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG (*empagliflozin-linaglip-metform*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
GLYXAMBI ORAL TABLET (*empagliflozin-linagliptin*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
dapagliflozin propanediol oral tablet	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FARXIGA ORAL TABLET (*dapagliflozin propanediol*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (*empagliflozin*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB - DRUGS FOR DIABETES**		
dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY ORAL TABLET (*empagliflozin-metformin hcl*)	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 (*empagliflozin-metformin hcl*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (*empagliflozin-metformin hcl*)	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 (*dapagliflozin prop-metformin*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (*dapagliflozin prop-metformin*)	2	ST; QL (2 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (*dapagliflozin prop-metformin*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SULFONYLUREA-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
SULFONYLUREAS - DRUGS FOR DIABETES**		
glimepiride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 2 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 2.5 mg	1 or 1a*	ST; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
glipizide oral tablet 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 3 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 6 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 1.25 mg	1 or 1b*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
THIAZOLIDINEDIONES - DRUGS FOR DIABETES**		
pioglitazone hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTIPERISTALTIC AGENTS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
diphenoxylate-atropine oral liquid	1 or 1b*	
diphenoxylate-atropine oral tablet	1 or 1b*	
loperamide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ANTIDOTES - CHELATING AGENTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
deferasirox granules oral packet	3	PA; LD; SP
deferasirox oral packet	3	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet	3	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet soluble	3	PA; LD; SP
deferiprone oral tablet	3	PA; LD
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
acetylcysteine intravenous solution	2	
fomepizole intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue (antidote) intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
flumazenil intravenous solution	1 or 1b*	
OPIOID ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
KLOXXADO NASAL LIQUID (*naloxone hcl*)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
naloxone hcl injection solution	1 or 1b*	QL (6 vial per 90 days)
naloxone hcl injection solution cartridge	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml	1 or 1b*	ST; QL (6 syringes per 3 months)
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
naloxone hcl nasal liquid	1 or 1b*	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
naltrexone hcl oral tablet	1 or 1b*	
OPVEE NASAL SOLUTION (*nalmefene hcl*)	2	QL (3 cartons per 90 days)
REXTOVY NASAL LIQUID (*naloxone hcl*)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*naloxone hcl*)	2	QL (6 syringes per 3 monthss)
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
granisetron hcl intravenous solution	2	LD
granisetron hcl oral tablet	2	LD; QL (10 tablets per 30 days)
ondansetron hcl injection solution	2	
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe	2	LD
ondansetron hcl oral solution	2	LD; QL (8 mL per 1 day)
ondansetron hcl oral tablet 24 mg	2	LD; QL (8 tablet per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 4 mg	2	LD; QL (48 tablets per 30 days)
ondansetron hcl oral tablet 8 mg	2	LD; QL (24 tablets per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 16 mg	2	QL (4 tablets per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg	2	LD; QL (48 tablets per 30 days)
ondansetron oral tablet dispersible 8 mg	2	LD; QL (24 tablets per 30 days)
palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml	2	PA; LD
palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe	2	PA; LD
ANTIEMETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
meclizine hcl oral tablet 25 mg	1 or 1a*	
meclizine hcl oral tablet 50 mg	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
scopolamine transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	
trimethobenzamide hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
dronabinol oral capsule	2	QL (4 capsules per 1 day)
SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
aprepitant oral	2	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 125 mg	2	LD; QL (5 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	2	LD; QL (1 capsule per 1 fill)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	2	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	2	LD; QL (10 capsules per 25 days)
fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	2	PA; LD; QL (5 vial per 30 days)
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR FUNGUS**		
amphotericin b intravenous solution reconstituted	2	
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted	2	
flucytosine oral capsule	2	PA
griseofulvin microsize oral suspension	1 or 1b*	
griseofulvin microsize oral tablet	1 or 1b*	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet	1 or 1b*	
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
IMIDAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TRIAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%	1 or 1b*	
fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
fluconazole oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
fluconazole oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
itraconazole oral capsule	2	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
itraconazole oral solution	2	PA; QL (20 mL per 1 day)
posaconazole intravenous solution	2	
posaconazole oral suspension	2	PA; QL (20 mL per 1 day)
posaconazole oral tablet delayed release	2	PA; QL (93 tablets per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
voriconazole oral suspension reconstituted	2	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
voriconazole oral tablet 200 mg	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
voriconazole oral tablet 50 mg	2	PA; QL (6 tablets per 1 day)
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ANTIHISTAMINES - ETHANOLAMINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
carbinoxamine maleate er oral suspension extended release	1 or 1b*	ST; QL (40 mL per 1 day)
carbinoxamine maleate oral solution	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST
clemastine fumarate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
diphenhydramine hcl injection solution	2	
ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cetirizine hcl oral solution	1 or 1b*	BE; QL (10 mL per 1 day)
desloratadine oral tablet	3	QL (1 tablet per 1 day)
desloratadine oral tablet dispersible	3	QL (1 tablet per 1 day)
levocetirizine dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	BE; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
promethazine hcl injection solution	1 or 1a*	
promethazine hcl oral solution	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
promethazine hcl rectal suppository	2	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	2	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 50 mg	2	QL (1 suppository per 1 day)
ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANTIHYPERLIPIDEMICS - MISC. - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
icosapent ethyl oral capsule 1 gm	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (*icosapent ethyl*)	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (*icosapent ethyl*)	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
BILE ACID SEQUESTRANTS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
cholestyramine light oral packet	2	QL (24 grams per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cholestyramine light oral powder	2	QL (30 grams per 1 day)
cholestyramine oral packet	2	QL (6 packets per 1 day)
cholestyramine oral powder	2	QL (54 gm per 1 day)
colesevelam hcl oral packet	3	QL (1 packet per 1 day)
colesevelam hcl oral tablet	2	QL (6 tablets per 1 day)
colestipol hcl oral granules	1 or 1b*	QL (45 grams per 1 day)
colestipol hcl oral packet	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
colestipol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
prevalite oral packet	2	QL (24 grams per 1 day)
prevalite oral powder	2	QL (30 grams per 1 day)
FIBRIC ACID DERIVATIVES - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
fenofibrate micronized oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fenofibric acid oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibric acid oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
HMG COA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
atorvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	DO
atorvastatin calcium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*; $0	DO
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
lovastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1 or 1b*; $0	DO
pravastatin sodium oral tablet 80 mg	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg	2; $0	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg	2	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg	2	QL (1 tablet per 1 day)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*; $0	DO
simvastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
simvastatin oral tablet 80 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ezetimibe-simvastatin oral tablet	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ezetimibe oral tablet	2	QL (1 tablet per 1 day)
NICOTINIC ACID DERIVATIVES - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
niacin (antihyperlipidemic) oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
niacor oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
PCSK9 INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*evolocumab*)	3	PA; QL (1 cartridge per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*evolocumab*)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*evolocumab*)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART**		
ACE INHIBITOR & CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg	1 or 1b*	DO
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ACE INHIBITORS & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg	1 or 1b*	DO
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ACE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1a*	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
benazepril hcl oral tablet 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
benazepril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
captopril oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral solution	2	QL (40 mg per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
enalapril maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalaprilat intravenous solution	1 or 1b*	
fosinopril sodium oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
fosinopril sodium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 15 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 7.5 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
quinapril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg	1 or 1b*	DO
ramipril oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ramipril oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
trandolapril oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
metyrosine oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (16 capsules per 1 day); SP
phenoxybenzamine hcl oral capsule	2	PA; QL (12 capsules per 1 day)
phentolamine mesylate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & CA CHANNEL BLOCKER COMB - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium oral tablet 25 mg	1 or 1b*	DO
losartan potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
telmisartan oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VALSARTAN ORAL SOLUTION	2	PA; QL (80 mL per 1 day)
valsartan oral tablet 160 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
valsartan oral tablet 320 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-THIAZIDES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg	1 or 1a*	DO
clonidine hcl oral tablet 0.2 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
clonidine hcl oral tablet 0.3 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr	2	QL (12 patches per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	2	QL (0.29 patches per 1 day)
guanfacine hcl oral tablet	1 or 1b*	
methyldopa oral tablet 250 mg	1 or 1b*	DO
methyldopa oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
prazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
terazosin hcl oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
BETA BLOCKER & DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
atenolol-chlorthalidone oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
DIRECT RENIN INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg	2	DO
aliskiren fumarate oral tablet 300 mg	2	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
eplerenone oral tablet	2	
VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
hydralazine hcl injection solution	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydralazine hcl oral tablet	1 or 1b*	
minoxidil oral tablet	1 or 1b*	
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS**		
metronidazole oral capsule	1 or 1a*	
metronidazole oral tablet	1 or 1a*	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted	2	LD
pentamidine isethionate injection solution reconstituted	3	LD
tinidazole oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
tinidazole oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (*rifaximin*)	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (*rifaximin*)	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)
ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution	2	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension	1 or 1a*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	1 or 1a*	
sulfatrim pediatric oral suspension	1 or 1a*	
ANTIPROTOZOAL AGENTS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone oral suspension	2	
nitazoxanide oral tablet	2	QL (6 tablets per 1 fill)
CARBAPENEM COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	2	
CARBAPENEMS - ANTIBIOTICS**		
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	2	
CHLORAMPHENICALS - ANTIBIOTICS**		
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	2	
GLYCOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm	2	QL (1 vial per 30 days)
vancomycin hcl oral capsule	2	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml	2	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	2	PA; QL (1200 mL per 30 days)
LEPROSTATICS - ANTIBIOTICS**		
dapsone oral tablet	2	
LINCOSAMIDES - ANTIBIOTICS**		
clindamycin hcl oral capsule	1 or 1b*	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
clindamycin phosphate injection solution	1 or 1b*	
MONOBACTAMS - ANTIBIOTICS**		
aztreonam injection solution reconstituted	2	
OXAZOLIDINONES - ANTIBIOTICS**		
linezolid intravenous solution	1 or 1b*	
linezolid oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
linezolid oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
POLYMYXINS - ANTIBIOTICS**		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted	2	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted	2	
URINARY ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
fosfomycin tromethamine oral packet	1 or 1b*	
methenamine hippurate oral tablet	2	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMALARIAL COMBINATIONS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR PARASITES**		
chloroquine phosphate oral tablet	1 or 1a*	
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 400 MG	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
mefloquine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
pyrimethamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
quinine sulfate oral capsule	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**		
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release	2	
pyridostigmine bromide oral solution	2	
pyridostigmine bromide oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - ANTIBIOTICS**		
cycloserine oral capsule	1 or 1b*	
ethambutol hcl oral tablet	2	
isoniazid injection solution	1 or 1a*	
isoniazid oral syrup	1 or 1a*	
isoniazid oral tablet	1 or 1a*	
PRIFTIN ORAL TABLET (*rifapentine*)	2	
pyrazinamide oral tablet	2	
rifabutin oral capsule	2	
rifampin intravenous solution reconstituted	2	
rifampin oral capsule	2	
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER**		
ALKYLATING AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
MYLERAN ORAL TABLET (*busulfan*)	3; OC	LD; OC
ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ANTIADRENALS - DRUGS FOR CANCER**		
LYSODREN ORAL TABLET (*mitotane*)	3; OC	LD; QL (38 tablet per 1 day); OC
ANTIANDROGENS - DRUGS FOR CANCER**		
bicalutamide oral tablet	2; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG (*apalutamide*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG (*apalutamide*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
nilutamide oral tablet	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
NUBEQA ORAL TABLET (*darolutamide*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL CAPSULE (*enzalutamide*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (*enzalutamide*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (*enzalutamide*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIESTROGENS - DRUGS FOR CANCER**		
SOLTAMOX ORAL SOLUTION (*tamoxifen citrate*)	2; OC; $0	LD; OC
tamoxifen citrate oral tablet	2; OC; $0	LD; OC
toremifene citrate oral tablet	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR CANCER**		
capecitabine oral tablet	3; OC	PA; LD; SP; OC
mercaptopurine oral tablet	2; OC	LD; OC
methotrexate sodium (pf) injection solution	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium injection solution	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium oral tablet	2; OC	LD; OC
TABLOID ORAL TABLET (*thioguanine*)	2; OC	LD; OC
TREXALL ORAL TABLET (*methotrexate sodium*)	2; OC	ST; LD; OC
ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALECENSA ORAL CAPSULE (*alectinib hcl*)	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (*brigatinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); OC
XALKORI ORAL CAPSULE (*crizotinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab*)	3	LD; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-anns*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (*bosutinib*)	2; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
dasatinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (*nilotinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TAFINLAR ORAL CAPSULE (*dabrafenib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
ZELBORAF ORAL TABLET (*vemurafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
gefitinib oral tablet	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GILOTRIF ORAL TABLET (*afatinib dimaleate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (*vismodegib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ZOLINZA ORAL CAPSULE (*vorinostat*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	3; OC	PA; LD; SP; OC
everolimus oral tablet soluble	3; OC	PA; LD; SP; OC
everolimus (Torpenz Oral Tablet)	3; OC	PA; LD; SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CABOMETYX ORAL TABLET (*cabozantinib s-malate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (*vandetanib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (*vandetanib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
lapatinib ditosylate oral tablet	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
pazopanib hcl oral tablet	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
sorafenib tosylate oral tablet	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
STIVARGA ORAL TABLET (*regorafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (84 tablets per 28 days); SP; OC
sunitinib malate oral capsule	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*trastuzumab-hyaluronidase-oysk*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTICS MISC. - DRUGS FOR CANCER**		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION (*interferon gamma-1b*)	3	PA; LD; SP
hydroxyurea oral capsule	2; OC	LD; OC
MATULANE ORAL CAPSULE (*procarbazine hcl*)	3; OC	LD; OC

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AROMATASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
anastrozole oral tablet	2; OC; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
exemestane oral tablet	2; OC; $0	LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
letrozole oral tablet	2; OC; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IBRANCE ORAL CAPSULE (*palbociclib*)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (*palbociclib*)	3; OC	PA; LD; QL (21 tablets per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG (*palbociclib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*ribociclib succinate*)	3; OC	PA; LD; QL (0.75 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*ribociclib succinate*)	3; OC	PA; LD; QL (1.5 tablets per 1 day); SP; OC
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*ribociclib succinate*)	3; OC	PA; LD; QL (2.25 tablets per 1 day); SP; OC
VERZENIO ORAL TABLET (*abemaciclib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
leucovorin calcium injection solution	1 or 1b*	LD
leucovorin calcium injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD
leucovorin calcium oral tablet	2	
GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANTAGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*degarelix acetate*)	3	PA; LD; QL (2 units per 310 days); SP
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*degarelix acetate*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
IMIDAZOTETRAZINES - DRUGS FOR CANCER**		
temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg	3; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP; OC
temozolomide oral capsule 20 mg	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
temozolomide oral capsule 5 mg	3; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); SP; OC
JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
JAKAFI ORAL TABLET (*ruxolitinib phosphate*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LHRH ANALOGS - DRUGS FOR CANCER**		
leuprolide acetate injection kit	3	PA; LD; SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (*triptorelin pamoate*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (*triptorelin pamoate*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (*triptorelin pamoate*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
MITOTIC INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
etoposide oral capsule	3; OC	LD; SP; OC
NITROGEN MUSTARDS AND RELATED ANALOGUES - DRUGS FOR CANCER**		
cyclophosphamide oral capsule	3; OC	LD; SP; OC
LEUKERAN ORAL TABLET (*chlorambucil*)	2; OC	LD; OC
POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
LYNPARZA ORAL TABLET (*olaparib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC - DRUGS FOR CANCER**		
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*; OC	LD; OC
megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
RETINOIDS - DRUGS FOR CANCER**		
tretinoin oral capsule	2; OC	LD; OC
SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
bexarotene oral capsule	3; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (*topotecan hcl*)	3; OC	PA; LD; SP; OC
URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
mesna intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab*)	3	PA; LD; SP
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (*axitinib*)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (*axitinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab-awwb*)	3	PA; LD; SP
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
benztropine mesylate injection solution	1 or 1a*	
benztropine mesylate oral tablet	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral solution	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral tablet	1 or 1a*	
ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
amantadine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
amantadine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
amantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
bromocriptine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
bromocriptine mesylate oral tablet	1 or 1b*	
ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
rasagiline mesylate oral tablet 1 mg	2	QL (1 tablet per 1 day)
selegiline hcl oral capsule	2	
selegiline hcl oral tablet	2	
CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
tolcapone oral tablet	2	PA; QL (6 tablet per 1 day)
DECARBOXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LEVODOPA COMBINATIONS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release	2	
carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible	2	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet	2	
NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR PARKINSON**		
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	3	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*	
PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
entacapone oral tablet	2	QL (8 tablet per 1 day)
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg	1 or 1a*	DO
lithium carbonate oral capsule 600 mg	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
lithium carbonate oral tablet	1 or 1a*	DO
lithium oral solution	1 or 1b*	
ANTIPSYCHOTICS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
lurasidone hcl oral tablet 120 mg	2	AL
lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	2	DO; AL
lurasidone hcl oral tablet 60 mg	2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	2	AL; QL (2 tablets per 1 day)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG (*cariprazine hcl*)	3	ST; DO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG (*cariprazine hcl*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg	2	DO; AL
ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg	2	AL; QL (2 capsules per 1 day)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted	2	AL; QL (6 vials per 28 days)
BENZISOXAZOLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg	2	DO; AL
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	2	AL; 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er	2	AL; QL (2 injections per 28 days)
risperidone oral solution	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	2	DO; AL
risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg	2	AL; QL (4 tablets per 1 day)
BUTYROPHENONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
haloperidol lactate injection solution	1 or 1b*	AL
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
DIBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
clozapine oral tablet 100 mg	2	AL; QL (9 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet 200 mg	2	AL; QL (4 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	2	DO; AL
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	2	AL; QL (9 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	2	DO; AL
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	2	AL; QL (6 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	2	AL; QL (4 tablets per 1 day)
DIBENZO-OXEPINO PYRROLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg	2	AL; QL (2 tablets per 1 day)
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg	2	DO; AL
DIBENZOTHIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	2	DO; AL
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	2	AL; QL (2 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	2	DO; AL
quetiapine fumarate oral tablet 150 mg	2	AL; QL (5 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg	2	AL; QL (2 tablets per 1 day)
DIBENZOXAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
loxapine succinate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
DIHYDROINDOLONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	2	DO; AL
molindone hcl oral tablet 25 mg	2	AL; QL (4 tablets per 1 day)
PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
chlorpromazine hcl injection solution	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)
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
compro rectal suppository	1 or 1b*	AL
fluphenazine decanoate injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral elixir	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
fluphenazine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 16 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
perphenazine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
perphenazine oral tablet 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
prochlorperazine edisylate injection solution	1 or 1b*	AL
prochlorperazine maleate oral tablet	1 or 1a*	AL
prochlorperazine rectal suppository	1 or 1b*	AL
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
thioridazine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
QUINOLINONE DERIVATIVES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
aripiprazole oral solution	2	AL; QL (30 mL per 1 day)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	2	DO; AL
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg	2	AL; QL (3 tablets per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg	2	AL; QL (2 tablets per 1 day)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (*brexpiprazole*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (*brexpiprazole*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIENBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine intramuscular solution reconstituted	2	AL; QL (3 injections per 1 fill)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	2	DO; AL
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg	2	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	2	DO; AL
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg	2	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 20 mg	2	AL; QL (1 tablet per 1 day)
THIOXANTHENES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
thiothixene oral capsule 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 capsules per 1 day)
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET (*bictegravir-emtricitab-tenofov*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
CIMDUO ORAL TABLET (*lamivudine-tenofovir*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (*emtricitabine-tenofovir af*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (*emtricitabine-tenofovir af*)	2; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (*dolutegravir-lamivudine*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET (*elviteg-cobic-emtricit-tenofaf*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine-zidovudine oral tablet	2	LD; QL (2 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral solution	3	LD; QL (16 mL per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	3	LD; QL (10 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (*elviteg-cobic-emtricit-tenofdf*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (*abacavir-dolutegravir-lamivud*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
maraviroc oral tablet	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*enfuvirtide*)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
ISENTRESS ORAL TABLET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APTIVUS ORAL CAPSULE (*tipranavir*)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg	3	LD; QL (2 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 300 mg	3	LD; QL (1 capsule per 1 day)
darunavir oral tablet 600 mg	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
darunavir oral tablet 800 mg	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
fosamprenavir calcium oral tablet	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (*darunavir*)	3	LD; QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (*darunavir*)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (*darunavir*)	3	LD; QL (10 tablets per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (*atazanavir sulfate*)	3	LD; QL (5 packets per 1 day)
ritonavir oral tablet	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EDURANT ORAL TABLET (*rilpivirine hcl*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz oral tablet	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
etravirine oral tablet 100 mg	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
etravirine oral tablet 200 mg	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (*etravirine*)	3	PA; LD; QL (16 tablets per 1 day)
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
nevirapine oral suspension	3	LD; QL (40 mL per 1 day)
nevirapine oral tablet	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate oral solution	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
abacavir sulfate oral tablet	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
emtricitabine oral capsule	3; $0	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (*emtricitabine*)	3	LD; QL (29 mL per 1 day)
lamivudine oral solution	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
lamivudine oral tablet 150 mg	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
lamivudine oral tablet 300 mg	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
zidovudine oral capsule	3	LD; QL (6 capsules per 1 day)
zidovudine oral syrup	3	LD; QL (64 mL per 1 day)
zidovudine oral tablet	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet	3; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (*tenofovir disoproxil fumarate*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (*nirmatrelvir-ritonavir*)	3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (*nirmatrelvir-ritonavir*)	3	QL (1 pack per 90 days)
CMV AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	3	LD
valganciclovir hcl oral tablet	3	LD
HEPATITIS B AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
adefovir dipivoxil oral tablet	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (*entecavir*)	3	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
entecavir oral tablet	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine oral tablet 100 mg	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET (*tenofovir alafenamide fumarate*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (*sofosbuv-velpatasv-voxilaprev*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
ribavirin oral capsule	3	LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
ribavirin oral tablet	3	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
acyclovir oral capsule	1 or 1b*	
acyclovir oral suspension	1 or 1b*	
acyclovir oral tablet	1 or 1b*	
acyclovir sodium intravenous solution	1 or 1b*	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
valacyclovir hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)
HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
famciclovir oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
INFLUENZA AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
rimantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
MISC. ANTIVIRALS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (*molnupiravir*)	3	QL (40 capsules per 90 days)
NEURAMINIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (20 Ml per 90 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*zanamivir*)	2	QL (1 unit per 90 days)
PA ENDONUCLEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*baloxavir marboxil*)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*baloxavir marboxil*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
ribavirin inhalation solution reconstituted	2	
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ALPHA-BETA BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg	2	DO
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 20 mg	2	QL (4 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 40 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg	2	QL (1 capsule per 1 day)
labetalol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	DO
labetalol hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
labetalol hcl oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
acebutolol hcl oral capsule	1 or 1b*	
atenolol oral tablet	1 or 1a*	
betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml	1 or 1b*	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
metoprolol tartrate intravenous solution	1 or 1a*	
metoprolol tartrate oral tablet	1 or 1a*	
nebivolol hcl oral tablet	2	
BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
nadolol oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
pindolol oral tablet 10 mg	2	QL (6 tablets per 1 day)
pindolol oral tablet 5 mg	2	DO
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
propranolol hcl intravenous solution	1 or 1b*	
propranolol hcl oral solution	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl oral tablet 80 mg	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sotalol hcl (af) oral tablet	2	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg	2	QL (3 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 160 mg	2	QL (4 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 240 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
diltiazem hcl intravenous solution	1 or 1b*	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL (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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 2.5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
levamlodipine maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nicardipine hcl oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
nicardipine hcl oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg	2	QL (1 tablet per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg	2	DO
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg	2	QL (1 tablet per 1 day)
nifedipine oral capsule 10 mg	2	DO
nifedipine oral capsule 20 mg	2	QL (4 capsule per 1 day)
nimodipine oral capsule	2	QL (12 capsule per 1 day)
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg	1 or 1b*	DO
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg	1 or 1b*	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg	1 or 1b*	DO
verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
verapamil hcl 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
verapamil hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CARDIAC GLYCOSIDES - DRUGS FOR THE HEART**		
digoxin injection solution	1 or 1b*	
digoxin oral solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg	1 or 1b*	DO
digoxin oral tablet 250 mcg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (*digoxin*)	2	
INOTROPES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
dobutamine hcl intravenous solution	1 or 1b*	
milrinone lactate in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	
milrinone lactate intravenous solution	1 or 1b*	
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	DO
NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE (*sacubitril-valsartan*)	3	QL (8 capsules per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET (*sacubitril-valsartan*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NITRATE & VASODILATOR COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet	2	QL (6 tablets per 1 day)
PROSTAGLANDIN VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
treprostinil injection solution	3	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (*iloprost*)	3	PA; LD; QL (9 mL per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ambrisentan oral tablet	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
bosentan oral tablet	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (*macitentan*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (*bosentan*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
alyq oral tablet	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
sildenafil citrate oral suspension reconstituted	3	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	3	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
tadalafil (pah) oral tablet	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA
***SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ivabradine hcl oral tablet	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefadroxil oral capsule	1 or 1b*	
cefadroxil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefadroxil oral tablet	1 or 1b*	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg	2	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	2	
cephalexin oral capsule	1 or 1a*	
cephalexin oral suspension reconstituted	1 or 1a*	
cephalexin oral tablet	1 or 1a*	
CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION - ANTIBIOTICS**		
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	2	
cefaclor oral capsule	1 or 1b*	
cefaclor oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefotetan disodium injection solution reconstituted	2	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted	2	
cefprozil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefprozil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime axetil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted	2	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefdinir oral capsule	1 or 1b*	
cefdinir oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefixime oral capsule	2	
cefixime oral suspension reconstituted	2	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted	2	
cefpodoxime proxetil oral tablet	2	
ceftazidime injection solution reconstituted	2	
ceftazidime intravenous solution reconstituted	2	
ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution	2	QL (3000 mL per 30 days)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	2	QL (60 vials per 30 fills)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg	2	QL (1 vial per 30 fills)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	2	QL (60 vials per 30 days)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	2	QL (1 vial per 30 days)
tazicef injection solution reconstituted	2	
tazicef intravenous solution reconstituted	2	
CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefepime hcl injection solution reconstituted	2	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	2	
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN**		
BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
azurette oral tablet	1 or 1b*; $0	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
kariva oral tablet	1 or 1b*; $0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (*norethin-eth estrad-fe biphas*)	2	$0
pimtrea oral tablet	1 or 1b*; $0	
simliya oral tablet	1 or 1b*; $0	
viorele oral tablet	1 or 1b*; $0	
volnea oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
afirmelle oral tablet	1 or 1a*; $0	
altavera oral tablet	1 or 1a*; $0	
alyacen 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
apri oral tablet	1 or 1a*; $0	
aubra eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 1.5/30 oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
aurovela 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aviane oral tablet	1 or 1a*; $0	
ayuna oral tablet	1 or 1a*; $0	
balziva oral tablet	1 or 1a*; $0	
blisovi 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
blisovi fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
blisovi fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
briellyn oral tablet	1 or 1a*; $0	
charlotte 24 fe oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
chateal eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
cryselle-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
cyred eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
dasetta 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
delyla oral tablet	1 or 1a*; $0	
drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet	1 or 1b*; $0	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
elinest oral tablet	1 or 1a*; $0	
enskyce oral tablet	1 or 1a*; $0	
estarylla oral tablet	1 or 1a*; $0	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet	1 or 1a*; $0	
falmina oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe (Finzala Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; $0	
gemmily oral capsule	1 or 1b*; $0	
hailey 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
isibloom oral tablet	1 or 1a*; $0	
jasmiel oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth estrad-fe bisg (Joyeaux Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
juleber oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1/20 oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
junel fe 24 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kaitlib fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
kalliga oral tablet	1 or 1a*; $0	
kelnor 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kelnor 1/50 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kurvelo oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
layolis fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
lessina oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
levora 0.15/30 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1.5/30 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1/20 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loryna oral tablet	1 or 1b*; $0	
low-ogestrel oral tablet	1 or 1a*; $0	
lo-zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	
lutera oral tablet	1 or 1a*; $0	
marlissa oral tablet	1 or 1a*; $0	
merzee oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; $0	
microgestin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
mili oral tablet	1 or 1a*; $0	
mono-linyah oral tablet	1 or 1a*; $0	
necon 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nikki oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
ocella oral tablet	1 or 1b*; $0	
philith oral tablet	1 or 1a*; $0	
portia-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
reclipsen oral tablet	1 or 1a*; $0	
sprintec 28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
sronyx oral tablet	1 or 1a*; $0	
syeda oral tablet	1 or 1b*; $0	
tarina 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
tarina fe 1/20 eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
taysofy oral capsule	1 or 1b*; $0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; $0	
tydemy oral tablet	1 or 1b*; $0	
vestura oral tablet	1 or 1b*; $0	
vienva oral tablet	1 or 1a*; $0	
vyfemla oral tablet	1 or 1a*; $0	
vylibra oral tablet	1 or 1a*; $0	
wera oral tablet	1 or 1a*; $0	
wymzya fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
zovia 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
xulane transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
zafemy transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
eluryng vaginal ring	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring)	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
amethyst oral tablet	1 or 1b*; $0	
dolishale oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg	1 or 1b*; $0	
EMERGENCY CONTRACEPTIVES - BIRTH CONTROL PILLS**		
aftera oral tablet	1 or 1b*; $0	
afterpill oral tablet	1 or 1b*; $0	
CURAE ORAL TABLET (*levonorgestrel*)	1 or 1b*; $0	
econtra one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
ELLA ORAL TABLET (*ulipristal acetate*)	2; $0	
HER STYLE ORAL TABLET (*levonorgestrel*)	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel oral tablet	1 or 1b*; $0	
my choice oral tablet	1 or 1b*; $0	
my way oral tablet	1 or 1b*; $0	
new day oral tablet	1 or 1b*; $0	
opcicon one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
option 2 oral tablet	1 or 1b*; $0	
react oral tablet	1 or 1b*; $0	
take action oral tablet	1 or 1b*; $0	
EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ashlyna oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese oral tablet	1 or 1b*; $0	
daysee oral tablet	1 or 1b*; $0	
iclevia oral tablet	1 or 1b*; $0	
introvale oral tablet	1 or 1b*; $0	
jaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
jolessa oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth est & eth est oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet	1 or 1b*; $0	
lojaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
rivelsa oral tablet	1 or 1b*; $0	
setlakin oral tablet	1 or 1b*; $0	
simpesse oral tablet	1 or 1b*; $0	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE - BIRTH CONTROL PILLS**		
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*medroxyprogesterone acetate*)	2; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension	1 or 1b*; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe	1 or 1b*; $0	
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
camila oral tablet	1 or 1b*; $0	
deblitane oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
errin oral tablet	1 or 1b*; $0	
heather oral tablet	1 or 1b*; $0	
incassia oral tablet	1 or 1b*; $0	
jencycla oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyleq oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyza oral tablet	1 or 1b*; $0	
nora-be oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone oral tablet	1 or 1b*; $0	
norlyroc oral tablet	1 or 1b*; $0	
OPILL ORAL TABLET (*norgestrel*)	2; $0	
sharobel oral tablet	1 or 1b*; $0	
TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
alyacen 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aranelle oral tablet	1 or 1a*; $0	
dasetta 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
enpresse-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
leena oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonest oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1b*; $0	
nortrel 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
tilia fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-estarylla oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-legest fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-linyah oral tablet	1 or 1b*; $0	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tri-lo-estarylla oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-marzia oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-mili oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-sprintec oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-mili oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-sprintec oral tablet	1 or 1b*; $0	
trivora (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
tri-vylibra lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-vylibra oral tablet	1 or 1b*; $0	
velivet oral tablet	1 or 1a*; $0	
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES**		
GLUCOCORTICOSTEROIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
budesonide er oral tablet extended release 24 hour	2	QL (1 tablet per 1 day)
budesonide oral capsule delayed release particles	2	QL (3 capsule per 1 day)
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (*dexamethasone*)	2	
dexamethasone oral elixir	1 or 1a*	
dexamethasone oral solution	1 or 1a*	
dexamethasone oral tablet	1 or 1a*	
dexamethasone oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
dexamethasone sod phos +rfid injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
hidex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
hydrocortisone oral tablet	1 or 1b*	
hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
methylprednisolone oral tablet	1 or 1a*	
methylprednisolone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted	1 or 1b*	
prednisolone oral solution	1 or 1a*	
prednisolone oral tablet	2	
prednisolone sodium phosphate oral solution	1 or 1a*	
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
prednisone oral solution	1 or 1a*	
prednisone oral tablet	1 or 1a*	
prednisone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*hydrocortisone sod succinate*)	3	
taperdex 12-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 7-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
MINERALOCORTICOIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
fludrocortisone acetate oral tablet	1 or 1b*	
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC - DRUGS FOR ALLERGIES**		
benzonatate oral capsule	1 or 1b*	
ANTITUSSIVE - OPIOID - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet	1 or 1a*	PA; QL (30 tablets per 5 days)
hydromet oral solution	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
ANTITUSSIVE-EXPECTORANT - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
g tussin ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
guaifenesin-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
maxi-tuss ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
DECONGESTANT & ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
promethazine vc oral syrup	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
promethazine-phenylephrine oral syrup	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
MISC. RESPIRATORY INHALANTS - DRUGS FOR ALLERGIES**		
sodium chloride (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)	2	
sodium chloride (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	1 or 1b*	
sodium chloride inhalation nebulization solution	2	
MUCOLYTICS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
acetylcysteine inhalation solution	2	
NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
promethazine-dm oral syrup	1 or 1a*	QL (2 fills per 30 days)
NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release	1 or 1b*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
promethazine-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (100 mL per 5 days)
OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID	2	AL; QL (300 mL per 5 days)
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN**		
ACNE ANTIBIOTICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
clindacin etz external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
clindamycin phosphate (Clindacin External Foam)	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clindacin-p external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
clindamycin phosphate external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clindamycin phosphate external gel	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
clindamycin phosphate external lotion	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
clindamycin phosphate external solution	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
clindamycin phosphate external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
dapsone external gel	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
ery external pad	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
erythromycin external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
sulfacetamide sodium (acne) external lotion	1 or 1b*	
ACNE COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days)
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-3.75 %	2	QL (50 grams per 30 days)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
clindamycin-tretinoin external gel	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
neuac external gel	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
ACNE PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
accutane oral capsule	2	PA
adapalene external cream	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
adapalene external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene external pad	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
amnesteem oral capsule	2	PA
claravis oral capsule	2	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
isotretinoin oral capsule	2	PA
tretinoin external cream	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
zenatane oral capsule	2	PA
ANTIBIOTICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
gentamicin sulfate external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ciclodan external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
ciclopirox external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ciclopirox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox olamine external cream	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
ciclopirox olamine external suspension	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
nystatin (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 1 %	2	ST; QL (90 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 2 %	2	ST; QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external gel	2	ST; QL (60 grams per 30 days)
nyamyc external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystatin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystop external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 1 %	2	BE; QL (1000 gm per 30 days)
ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
fluorouracil external cream	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluorouracil external solution	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 3 %	2	PA; QL (300 grams per 1 year)
ANTIPRURITICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
doxepin hcl external cream	2	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC - DRUGS FOR THE SKIN**		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg	2	QL (1 capsule per 1 day)
acitretin oral capsule 25 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*secukinumab*)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*secukinumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
methoxsalen rapid oral capsule	3	LD; SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*risankizumab-rzaa*)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*risankizumab-rzaa*)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*ustekinumab*)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (*ustekinumab*)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (*ustekinumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*ixekizumab*)	3	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ixekizumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (*guselkumab*)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (*guselkumab*)	3	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (*guselkumab*)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (*guselkumab*)	3	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIPSORIATICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external foam	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
calcitrene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcitriol external ointment	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
tazarotene external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
tazarotene external gel	2	QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % (*roflumilast*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ANTISEBORRHEIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
selenium sulfide external lotion	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
ANTIVIRALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
penciclovir external cream	2	PA; QL (5 gm per 30 days)
ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (*ruxolitinib phosphate*)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE SKIN**		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*dupilumab*)	3	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dupilumab*)	3	PA; LD; SP
BURN PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
mafenide acetate external packet	2	
silver sulfadiazine external cream	1 or 1a*	
ssd external cream	1 or 1a*	
CORTICOSTEROIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ala-cort external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
betamethasone dipropionate aug external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
betamethasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone valerate external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone valerate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone valerate external ointment	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clobetasol propionate e external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate emulsion external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external foam	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
clobetasol propionate external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
clobetasol propionate external lotion	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external shampoo	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
clobetasol propionate external solution	1 or 1b*	QL (50 mL per 30 days)
clodan external shampoo	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
desonide external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
desonide external gel	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
desonide external lotion	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
desonide external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinolone acetonide body external oil	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
fluocinolone acetonide external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
fluocinolone acetonide external solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
fluocinolone acetonide scalp external oil	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
fluocinonide emulsified base external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinonide external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
fluocinonide external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinonide external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluocinonide external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
fluticasone propionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluticasone propionate external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
fluticasone propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
halobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
hydrocortisone external cream 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone external lotion 2.5 %	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
hydrocortisone external ointment 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
mometasone furoate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
tovet external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external lotion	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
triderm external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
econazole nitrate external cream	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ketoconazole external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
ketoconazole external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
ketoconazole external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ketodan external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
luliconazole external cream	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
oxiconazole nitrate external cream	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
sulconazole nitrate external cream	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
sulconazole nitrate external solution	1 or 1b*	ST; QL (60 mL per 30 days)
IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
imiquimod external cream 3.75 %	1 or 1b*	QL (28 units per 28 days)
imiquimod external cream 5 %	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
imiquimod pump external cream	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
podofilox external gel	2	QL (7 grams per 28 days)
podofilox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
glydo external prefilled syringe	2	
lidocaine external ointment 5 %	2	QL (5 grams per 1 day)
lidocaine external patch 5 %	2	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine hcl external solution	2	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe	2	
lidocaine (Tridacaine Ii External Patch)	2	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine (Tridacaine Iii External Patch)	2	PA; QL (3 patches 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
pimecrolimus external cream	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
tacrolimus external ointment	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
tavaborole external solution	2	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (*crisaborole*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
ROSACEA AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
azelaic acid external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
brimonidine tartrate external gel	2	QL (30 grams per 30 days)
ivermectin external cream	2	QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external gel 0.75 %	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external gel 1 %	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
metronidazole external lotion	1 or 1b*	QL (59 mL per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM (*minocycline hcl micronized*)	2	QL (1 gram per 1 day)
SCABICIDES & PEDICULICIDES - DRUGS FOR THE SKIN**		
crotan external lotion	2	QL (60 grams per 30 days)
malathion external lotion	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
permethrin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
spinosad external suspension	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (*pramoxine-hc*)	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (*pramoxine-hc*)	2	
TAR PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
coal tar external solution	1 or 1b*	
TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
lidocaine-prilocaine external cream	2	QL (30 grams per 30 days)
lidocaine-prilocaine external kit	2	QL (1 kit per 30 days)
TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
bexarotene external gel	3	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TOPICAL STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene-betameth diprop external ointment	3	ST; QL (400 grams 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
calcipotriene-betameth diprop external suspension	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
finasteride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
DIAGNOSTIC TESTS**		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
DIGESTIVE ENZYMES - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	2	QL (25 capsules per 1 day)
VIOKACE 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*	
dichlorphenamide oral tablet	3	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
methazolamide oral tablet	2	
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet)	3	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ethacrynic acid oral tablet	2	
furosemide injection solution	1 or 1a*	
furosemide oral solution	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
torsemide 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**		
amiloride hcl oral tablet	2	
spironolactone oral suspension	1 or 1b*	
spironolactone oral tablet	1 or 1a*	
triamterene oral capsule	2	
THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
chlorthalidone oral tablet	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral capsule	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1a*	
indapamide oral tablet	1 or 1b*	
metolazone oral tablet	1 or 1b*	
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES**		
ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
mifepristone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	$0 for Fully insured members in California
BISPHOSPHONATES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
alendronate sodium oral solution	1 or 1b*	QL (10.72 mg per 1 day)
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (*alendronate-cholecalciferol*)	2	QL (0.15 tablets per 1 day)
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
risedronate sodium oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (4 tablets 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CALCIMIMETIC AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
CALCITONINS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitonin (salmon) injection solution	3	LD
calcitonin (salmon) nasal solution	2	QL (0.13 mL per 1 day)
CARNITINE REPLENISHER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
levocarnitine intravenous solution	2	
levocarnitine oral solution	2	
levocarnitine oral tablet	2	
levocarnitine sf oral solution	2	
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
GNRH/LHRH ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (*elagolix sodium*)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG (*elagolix sodium*)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR GROWTH**		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pegvisomant*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
GROWTH HORMONES - DRUGS FOR GROWTH**		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (*somatropin*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (*somatropin*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (*somatropin*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (*somatropin*)	3	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (*lonapegsomatropin-tcgd*)	3	PA; LD; QL (8 cartridges per 28 days); SP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG (*lonapegsomatropin-tcgd*)	3	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg	3	PA; LD; SP
nitisinone oral capsule 20 mg	3	PA; LD
HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
betaine oral powder	3	LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
carglumic acid oral tablet soluble	3	PA; LD
HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitriol intravenous solution	1 or 1b*	PA
calcitriol oral capsule	1 or 1b*	PA
calcitriol oral solution	2	PA
doxercalciferol intravenous solution	2	PA
doxercalciferol oral capsule	2	PA
paricalcitol oral capsule	2	PA
HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (*asfotase alfa*)	3	PA; LD
LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS - DRUGS FOR WOMEN**		
SYNAREL NASAL SOLUTION (*nafarelin acetate*)	3	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS - DRUGS FOR WOMEN**		
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*follitropin alfa*)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*follitropin alfa*)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*follitropin alfa*)	3	PA; LD; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chorionic gonadotropin*)	3	PA; LD; SP
OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC - DRUGS FOR WOMEN**		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet)	1 or 1b*	PA
clomiphene citrate oral tablet	1 or 1b*	PA
PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml	3	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	3	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Packet)	3	PA; LD
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet)	3	PA; LD
sapropterin dihydrochloride oral packet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sapropterin dihydrochloride oral tablet	3	PA; LD; SP
RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*denosumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 180 days); SP
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
tolvaptan oral tablet 15 mg	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
tolvaptan oral tablet 30 mg	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
SOMATOSTATIC AGENTS - DRUGS FOR GROWTH**		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanreotide acetate*)	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
UREA CYCLE DISORDER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
PHEBURANE ORAL PELLET (*sodium phenylbutyrate*)	3	PA; LD; QL (8 bottles per 30 days); SP
sodium phenylbutyrate oral powder	3	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
sodium phenylbutyrate oral tablet	3	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
VASOPRESSIN - HORMONES**		
desmopressin ace spray refrig nasal solution	1 or 1b*	
desmopressin acetate injection solution	1 or 1b*	LD
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg	1 or 1b*	LD; DO
desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day)
desmopressin acetate pf injection solution	1 or 1b*	LD
desmopressin acetate spray nasal solution	1 or 1b*	
vasopressin +rfid intravenous solution	2	
vasopressin intravenous solution	2	
***ESTROGENS* - HORMONES**		
ESTROGEN & PROGESTIN - DRUGS FOR WOMEN**		
BIJUVA ORAL CAPSULE (*estradiol-progesterone*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*estradiol-levonorgestrel*)	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (*estradiol-norethindrone acet*)	2	QL (8 patch per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
estradiol-norethindrone acet oral tablet	1 or 1b*	
fyavolv oral tablet	1 or 1b*	
jinteli oral tablet	1 or 1b*	
mimvey oral tablet	1 or 1b*	
norethindrone-eth estradiol oral tablet	1 or 1b*	
PREMPHASE ORAL TABLET (*conj estrog-medroxyprogest ace*)	2	
PREMPRO ORAL TABLET (*conj estrog-medroxyprogest ace*)	2	
ESTROGENS - DRUGS FOR WOMEN**		
dotti transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
estradiol oral tablet	1 or 1b*	
estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm	2	QL (1 packet per 1 day)
estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)	2	QL (50 grams per 30 days)
estradiol transdermal gel 1.25 mg/1.25gm	2	QL (30 packets per 30 days)
estradiol transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*	QL (4 patches per 28 days)
estradiol valerate intramuscular oil	1 or 1b*	
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION (*estradiol*)	2	QL (16.2 mL per 30 days)
lyllana transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
MENEST ORAL TABLET (*esterified estrogens*)	2	
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*estrogens conjugated*)	2	
PREMARIN ORAL TABLET (*estrogens conjugated*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
FLUOROQUINOLONES - ANTIBIOTICS**		
ciprofloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution	2	
levofloxacin in d5w intravenous solution	2	
levofloxacin intravenous solution	2	QL (1 fill per 30 days)
levofloxacin oral solution	2	
levofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
moxifloxacin hcl oral tablet	2	
ofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ursodiol oral capsule 300 mg	2	
ursodiol oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
cromolyn sodium oral concentrate	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
lubiprostone oral capsule	2	QL (2 capsules per 1 day)
GASTROINTESTINAL STIMULANTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
metoclopramide hcl injection solution	1 or 1a*	
metoclopramide hcl oral solution	1 or 1a*	QL (60 mL per 1 day)
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
metoclopramide hcl oral tablet 5 mg	1 or 1a*	QL (12 tablets per 1 day)
metoclopramide hcl oral tablet dispersible	1 or 1a*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS - DRUGS FOR CONSTIPATION**		
LINZESS ORAL CAPSULE (*linaclotide*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
alosetron hcl oral tablet	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INFLAMMATORY BOWEL AGENTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
balsalazide disodium oral capsule	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
mesalamine er oral capsule extended release	2	QL (8 capsule per 1 day)
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour	2	QL (4 capsules per 1 day)
mesalamine oral capsule delayed release	2	QL (6 tablets per 1 day)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	2	QL (4 tablets per 1 day)
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	2	QL (6 tablet per 1 day)
mesalamine rectal enema	2	QL (60 mL per 1 day)
mesalamine rectal suppository	2	QL (1 suppository per 1 day)
mesalamine-cleanser rectal kit	2	QL (1 kit per 30 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (*mesalamine*)	2	QL (16 capsule per 1 day)
sulfasalazine oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
sulfasalazine oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*vedolizumab*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INTERLEUKIN ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (*risankizumab-rzaa*)	3	PA; LD; QL (30 mL per 365 days); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*risankizumab-rzaa*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (*ustekinumab*)	3	PA; LD; QL (4 vial per 365 days); SP
INTESTINAL ACIDIFIERS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
enulose oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
generlac oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
lactulose encephalopathy oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
alvimopan oral capsule	1 or 1b*	
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
calcium acetate (phos binder) oral capsule	2	QL (12 capsules per 1 day)
calcium acetate oral tablet 667 mg	2	QL (12 tablets per 1 day)
lanthanum carbonate oral tablet chewable	2	QL (3 tablets per 1 day)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	2	QL (6 packets per 1 day)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	2	QL (3 packets per 1 day)
sevelamer carbonate oral tablet	2	QL (9 tablets per 1 day)
sevelamer hcl oral tablet 400 mg	2	QL (15 tablets per 1 day)
sevelamer hcl oral tablet 800 mg	2	QL (9 tablets per 1 day)
TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*infliximab-axxq*)	3	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*infliximab*)	3	PA; LD; SP
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANESTHETICS - MISC. - DRUGS FOR SEDATION**		
etomidate intravenous solution	1 or 1b*	
fresenius propoven intravenous emulsion	1 or 1b*	
ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
propofol intravenous emulsion	1 or 1b*	
VOLATILE ANESTHETICS - DRUGS FOR SEDATION**		
desflurane inhalation solution	1 or 1b*	
isoflurane inhalation 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sevoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
terrell inhalation solution	1 or 1b*	
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
dutasteride oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
finasteride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
silodosin oral capsule	2	QL (1 capsule per 1 day)
tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	2	
CITRATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
potassium citrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
acetic acid irrigation solution	1 or 1b*	
curity sterile saline irrigation solution	2	
glycine irrigation solution	1 or 1b*	
glycine urologic irrigation solution	1 or 1b*	
sodium chloride irrigation solution	2	
PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
URINARY STONE AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
tiopronin oral tablet	2	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
tiopronin oral tablet delayed release	2	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
GOUT AGENT COMBINATIONS - GOUT DRUGS**		
colchicine-probenecid oral tablet	1 or 1b*	
GOUT AGENTS - GOUT DRUGS**		
allopurinol oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
allopurinol oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
colchicine oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
febuxostat oral tablet	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
URICOSURICS - GOUT DRUGS**		
probenecid oral tablet	1 or 1b*	
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
C1 ESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	3	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	3	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	3	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*c1 esterase inhibitor (recomb)*)	3	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BRILINTA ORAL TABLET (*ticagrelor*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
eptifibatide intravenous solution	2	
tirofiban hcl in nacl intravenous solution	2	
HEMATORHEOLOGIC AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
pentoxifylline er oral tablet extended release	1 or 1b*	
PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
cilostazol oral tablet	2	
PLASMA EXPANDERS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
lmd in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
lmd in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanadelumab-flyo*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*lanadelumab-flyo*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (*ecallantide*)	3	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
dipyridamole oral tablet	2	
PROTAMINE - DRUGS FOR THE BLOOD**		
protamine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
QUINAZOLINE AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	1 or 1b*	QL (20 capsules per 1 day)
anagrelide hcl oral capsule 1 mg	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
THIENOPYRIDINE DERIVATIVES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
clopidogrel bisulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
prasugrel hcl oral tablet	2	QL (1 tablet per 1 day)
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AGENTS FOR GAUCHER DISEASE - DRUGS FOR NUTRITION**		
CERDELGA ORAL CAPSULE (*eliglustat tartrate*)	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
miglustat oral capsule	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
miglustat (Yargesa Oral Capsule)	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
AMINO ACIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
l-glutamine oral packet	3	PA; LD; SP
COBALAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*	
dodex injection solution	1 or 1a*	
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*	
CYTOTOXIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
DROXIA ORAL CAPSULE (*hydroxyurea*)	2	
ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS) - DRUGS FOR NUTRITION**		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (*darbepoetin alfa*)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML (*darbepoetin alfa*)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (*darbepoetin alfa*)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
PROCRIT INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa*)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa-epbx*)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
foltabs 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
FOLIC ACID/FOLATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
cvs folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
fa-8 oral capsule	1 or 1b*; $0	
folate oral tablet	1 or 1a*; $0	
folic acid injection solution	1 or 1a*	
folic acid oral capsule 0.8 mg	1 or 1b*; $0	
folic acid oral tablet 1 mg	1 or 1a*	
folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	1 or 1a*; $0	
ft folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
gnp folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*; $0	
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
true folic acid oral tablet 400 mcg	1 or 1a*; $0	
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (*pegfilgrastim*)	3	PA; LD; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim*)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-cbqv*)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*pegfilgrastim-cbqv*)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pegfilgrastim-cbqv*)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*filgrastim-sndz*)	3	PA; LD; SP
IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (*ferumoxytol*)	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (*na ferric gluc cplx in sucrose*)	3	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
ferumoxytol intravenous solution	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION (*iron dextran*)	3	PA; LD; SP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	3	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (*iron sucrose*)	3	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (*eltrombopag olamine*)	3	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (*eltrombopag olamine*)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (*eltrombopag olamine*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMOSTATICS - SYSTEMIC - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral solution	2	QL (120 mL per 1 day)
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	2	
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	2	QL (60 tablets per 1 day)
tranexamic acid intravenous solution	2	
tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
BARBITURATE HYPNOTICS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg	1 or 1b*	DO
phenobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
BENZODIAZEPINE HYPNOTICS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
estazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
flurazepam hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
midazolam hcl (pf) injection 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
midazolam hcl injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl oral syrup	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
quazepam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
temazepam oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
triazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
doxepin hcl oral tablet	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
eszopiclone oral tablet 3 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
zaleplon oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zolpidem tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES - DRUGS FOR INSOMNIA**		
dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml	1 or 1b*	
SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
ramelteon oral tablet	2	QL (1 tablet per 1 day)
tasimelteon oral capsule	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BOWEL EVACUANT COMBINATIONS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf*)	1 or 1a*; $0	QL (1 bottle per 30 days)
gavilyte-g oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution	1 or 1b*; $0	QL (1 kit per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
SUTAB ORAL TABLET (*sodium sulfate-mag sulfate-kcl*)	2	QL (24 tablets per 30 days)
LAXATIVES - MISCELLANEOUS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
clearlax oral powder	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
constulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
cvs purelax oral packet	1 or 1b*; $0	
cvs purelax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq laxative oral packet	1 or 1b*; $0	
eql clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
ft clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
gavilax oral powder	1 or 1b*; $0	
gentlelax oral powder	1 or 1b*; $0	
glycolax oral powder	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral packet	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
goodsense clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
healthylax oral packet	1 or 1b*; $0	
hm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
kls laxaclear oral powder	1 or 1b*; $0	
lactulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
mm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
qc natura-lax oral powder	1 or 1b*; $0	
ra laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
sb polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
sm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
smooth lax oral packet	1 or 1b*; $0	
smooth lax oral powder	1 or 1b*; $0	
true laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
SALINE LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
citrate of magnesia oral solution	1 or 1a*; $0	
citroma oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax oral suspension	1 or 1b*; $0	
eq magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
eql magnesium citrate oral solution	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (*magnesium citrate*)	1 or 1a*; $0	
ft magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
ft milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
gentle laxative oral suspension	1 or 1b*; $0	
gnp magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
gnp milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
goodsense magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
goodsense milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
hm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (*magnesium citrate*)	1 or 1a*; $0	
phillips milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
qc magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
qc milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
ra magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
ra milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
sb magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
sb milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
sm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
STIMULANT LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
alophen oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ex-lax ultra oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
FLEET STIMULANT ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*bisacodyl*)	1 or 1a*; $0	
ft laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp gentle laxative oral tablet delayed release	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sb gentle lax-women oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
womans laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
LOCAL ANESTHETIC & SYMPATHOMIMETIC - DRUGS FOR SEDATION**		
bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution	1 or 1b*	
bupivacaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine/epinephrine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% -1:200000	1 or 1b*	
LOCAL ANESTHETICS - AMIDES - DRUGS FOR SEDATION**		
bupivacaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
lidocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
lidocaine hcl injection solution 0.5 %	1 or 1b*	
polocaine injection solution	1 or 1b*	
polocaine-mpf injection solution	1 or 1b*	
ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml	1 or 1b*	
sensorcaine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf injection solution	1 or 1b*	
LOCAL ANESTHETICS - ESTERS - DRUGS FOR SEDATION**		
chloroprocaine hcl (pf) injection 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AZITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
azithromycin intravenous solution reconstituted	2	
azithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral tablet	1 or 1b*	
CLARITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
clarithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
clarithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ERYTHROMYCINS - ANTIBIOTICS**		
e.e.s. 400 oral tablet	1 or 1b*	
ery-tab oral tablet delayed release	1 or 1b*	
erythromycin base oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet delayed release	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted	2	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted	2	
erythromycin oral tablet delayed release	1 or 1b*	
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CERVICAL CAPS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (*cervical caps*)	2; $0	
CONDOMS - FEMALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FC2 FEMALE CONDOM (*condoms - female*)	2; $0	QL (12 units per 1 fill)
DIAPHRAGMS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm arc-spring*)	2; $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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 LANCET KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
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 LANCET DEV KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (*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)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 kits per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 reader per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 sensors per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING (*lancet devices*)	2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT (*insulin disposable pump*)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (*insulin disposable pump*)	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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
aq insulin syringe	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
aqinject pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
aum insulin safety pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
aum pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (*insulin pen needle*)	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 syringes 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)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET MICRON (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (*insulin syringe-needle u-100*)	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML, 32G X 5/16" 0.5 ML, 32G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EQL INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE (*insulin pen needle*)	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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
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	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS (*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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 needle/5-bevel tip	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)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES (*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)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pure comfort safety pen needle	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)
raya sure pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELION INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
safety pen needles	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	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)
sure comfort pen needles 31g x 6 mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 6 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	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)
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	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTICARE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	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 (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	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 (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (*rimegepant sulfate*)	2	PA; QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET (*atogepant*)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET (*ubrogepant*)	2	ST; QL (16 tablets per 30 days)
CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCOLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*erenumab-aooe*)	3	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*fremanezumab-vfrm*)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*fremanezumab-vfrm*)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*galcanezumab-gnlm*)	3	PA; QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*galcanezumab-gnlm*)	3	PA; QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*galcanezumab-gnlm*)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days)
ERGOT COMBINATIONS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
ergotamine-caffeine oral tablet	1 or 1b*	
migergot rectal suppository	1 or 1b*	
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
dihydroergotamine mesylate injection solution	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
almotriptan malate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
eletriptan hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
frovatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
rizatriptan benzoate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
sumatriptan nasal solution	1 or 1b*	QL (6 nasal inhalers per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge	2	QL (6 cartridges per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution	2	QL (5 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	2	QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	2	QL (6 cartridges per 30 days)
zolmitriptan nasal solution	1 or 1b*	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
zolmitriptan oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION**		
BICARBONATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml	1 or 1b*	
sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %	2	
ELECTROLYTES & DEXTROSE - DRUGS FOR NUTRITION**		
dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*	
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-%-%	1 or 1b*	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution	1 or 1b*	
ELECTROLYTES PARENTERAL - DRUGS FOR NUTRITION**		
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	1 or 1b*	
KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	1 or 1b*	
ringers intravenous solution	1 or 1b*	
FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
sodium fluoride oral solution	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
MAGNESIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	2	
MANGANESE - DRUGS FOR NUTRITION**		
manganese chloride intravenous solution	1 or 1b*	
PHOSPHATE - DRUGS FOR NUTRITION**		
K-PHOS ORAL TABLET (*potassium phosphate monobasic*)	2	
phospha 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
phosphorous oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
phospho-trin k500 oral tablet	1 or 1b*	
potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml	1 or 1b*	
sodium phosphates intravenous solution	1 or 1b*	
POTASSIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
klor-con 10 oral tablet extended release	1 or 1b*	
klor-con m10 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m15 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m20 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con oral packet	1 or 1b*	
klor-con oral tablet extended release	1 or 1b*	
potassium chloride crys er oral tablet extended release	1 or 1a*	
potassium chloride er oral capsule extended release	1 or 1b*	
potassium chloride er oral tablet extended release	1 or 1b*	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	1 or 1b*	
potassium chloride oral packet	1 or 1b*	
potassium chloride oral solution	1 or 1b*	
SODIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
aquastat intravenous solution	2	
sodium chloride flush (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	2	
bd posiflush intravenous solution	2	
sodium chloride flush (Bd Posiflush Safescrub Intravenous Solution)	2	
monoject flush syringe intravenous solution	2	
monoject sodium chloride flush intravenous solution	2	
normal saline flush intravenous solution	2	
saline flush intravenous solution	2	
sodium chloride (pf) injection solution	2	
sodium chloride injection solution	2	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 3 %, 5 %	2	
TRACE MINERALS - DRUGS FOR NUTRITION**		
chromic chloride intravenous solution	1 or 1b*	
SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 40 MCG/ML	1 or 1b*	
ZINC - DRUGS FOR NUTRITION**		
zinc sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS**		
ANTILEPROTICS - VITAMINS AND MINERALS**		
THALOMID ORAL CAPSULE (*thalidomide*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CHELATING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
penicillamine oral tablet	2	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
trientine hcl oral capsule 250 mg	3	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
CYCLOSPORINE ANALOGS - VITAMINS AND MINERALS**		
cyclosporine modified oral capsule	3	LD
cyclosporine modified oral solution	3	LD
cyclosporine oral capsule	3	LD
gengraf oral capsule	3	LD
gengraf oral solution	3	LD
IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES - VITAMINS AND MINERALS**		
lenalidomide oral capsule	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
REVLIMID ORAL CAPSULE (*lenalidomide*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
mycophenolate mofetil oral capsule	3	LD
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted	3	LD
mycophenolate mofetil oral tablet	3	LD
mycophenolate sodium oral tablet delayed release	3	LD
mycophenolic acid oral tablet delayed release	3	LD
IRRIGATION SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
argyle sterile water irrigation solution	1 or 1b*	
lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*	
physiolyte irrigation solution	1 or 1b*	
physiosol irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
tis-u-sol irrigation solution	1 or 1b*	
water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	3	LD
sirolimus oral solution	3	LD
sirolimus oral tablet	3	LD
tacrolimus oral capsule	3	LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POTASSIUM REMOVING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (*sodium zirconium cyclosilicate*)	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (*sodium zirconium cyclosilicate*)	3	QL (3 packets per 1 day)
sodium polystyrene sulfonate oral powder	2	
sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension	2	
PURINE ANALOGS - VITAMINS AND MINERALS**		
azasan oral tablet	1 or 1b*	LD
azathioprine oral tablet	1 or 1b*	LD
SCLEROSING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
sodium tetradecyl sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % (*sodium tetradecyl sulfate*)	1 or 1b*	
sotradecol intravenous solution 3 %	1 or 1b*	
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
ANESTHETICS TOPICAL ORAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
lidocaine hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
ANTI-INFECTIVES - THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clotrimazole mouth/throat troche	1 or 1b*	QL (5 tablet per 1 day)
ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
periogard mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
sodium fluoride 5000 enamel dental gel	1 or 1b*	
sodium fluoride 5000 sensitive dental gel	1 or 1b*	
FLUORIDE DENTAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clinpro 5000 dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
denta 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
dentagel dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
easygel dental gel	1 or 1b*	
fluoridex daily renewal mouth/throat concentrate	1 or 1b*	
fluoridex dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
fluoridex enhanced whitening dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fraiche 5000 dental dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sf dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride mouth/throat solution	1 or 1a*	
SALIVA STIMULANTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
cevimeline hcl oral capsule	2	
pilocarpine hcl oral tablet	2	QL (4 tablets per 1 day)
STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
triamcinolone acetonide (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
oralone mouth/throat paste	1 or 1b*	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
B-COMPLEX VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-b12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex plus b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-c-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
dialyvite 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	1 or 1b*; $0	
kp b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
nephro vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET (*b complex-c-folic acid*)	1 or 1b*; $0	
renal vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
rena-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm b super vitamin complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET	2; $0	
stress formula (folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b complex/fa/vit c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex/vit c/fa oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C - DRUGS FOR NUTRITION**		
allbee/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
better b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs b complex plus c oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs super b complex/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm super b complex/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex + vitamin c oral tablet	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**		
b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex (folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/electrolytes oral tablet	1 or 1b*; $0	
big 100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
kobee oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/BIOTIN & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex 100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-100 b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-100 complex cr oral tablet extended release	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
b-100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
balanced b-50/fa oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-compleet-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-compleet-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
big 100 (biotin) oral tablet	1 or 1b*; $0	
complex b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
complex b-50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
endur-b oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
eql b complex 50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
ft b-100 complex pr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
gnp b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
gnp b-50 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
qc b50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
quin b strong b-25 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 cr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
sm b100 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
super dec b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
super quints b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
yl balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
PED MULTI VITAMINS W/FL & FE - DRUGS FOR NUTRITION**		
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution	1 or 1b*	
PED MV W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
multivitamin w/fluoride oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
multi-vitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*; $0	
PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
tri-vite/fluoride oral solution	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA - DRUGS FOR NUTRITION**		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*prenatal vit-dss-fe cbn-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ATABEX OB ORAL TABLET (*prenatal vit w/ fe bisg-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CITRANATAL B-CALM ORAL (*prenat w/o a fecbnfeglu-fa &b6*)	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 (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (*prenat-fefum-fepo-fa-omega 3*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (*prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
elite-ob oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (*prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
inatal gt oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
M-NATAL PLUS ORAL TABLET	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
pnv prenatal plus multivit+dha oral	2	QL (2 units per 1 day)
pnv-select oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet 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)
prenatal 19 oral tablet chewable	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 ORAL TABLET 27-1 MG	2	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)
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (*prenatal w/o a vit-fe fum-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (*prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
QC PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG (*prenatal vit-fe psac cmplx-fa*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE (*prenat-fefum-fepo-fa-omega 3*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
trinate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (*prenatal vit-fe phos-fa-omega*)	2	QL (3 gummies per 1 day)
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet 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)
wesnatal dha complete oral	2	QL (2 units per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA - DRUGS FOR NUTRITION**		
ENFAMIL EXPECTA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
pnv-dha oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
prena 1 true oral	2	
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
VITAMINS W/ LIPOTROPICS - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
CENTRAL MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
baclofen oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carisoprodol oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
methocarbamol injection solution	1 or 1b*	
methocarbamol oral tablet 500 mg	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
methocarbamol oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
tizanidine hcl oral capsule 6 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
dantrolene sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
dantrolene sodium oral capsule	2	
revonto intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
norgesic oral tablet	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)
orphengesic forte oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
VISCOSUPPLEMENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	3	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	3	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hylan g-f 20*)	3	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hylan g-f 20*)	3	PA; LD
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE**		
ANTIHISTAMINE-STEROID - ALLERGY**		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL ANTICHOLINERGICS - ALLERGY**		
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
NASAL ANTIHISTAMINES - ALLERGY**		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
olopatadine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL STEROIDS - ALLERGY**		
fluticasone propionate nasal suspension	1 or 1a*	BE; QL (1 bottle per 30 days)
mometasone furoate nasal suspension	3	ST; BE; QL (1 bottle per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BENZATHIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
riluzole oral tablet	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
atracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
rocuronium bromide intravenous solution	1 or 1b*	
vecuronium bromide intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINO ACID MIXTURES - DRUGS FOR NUTRITION**		
aminosyn ii intravenous solution 15 %	1 or 1b*	
clinisol sf intravenous solution	1 or 1b*	
plenamine intravenous solution	1 or 1b*	
CARBOHYDRATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	1 or 1b*	
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE**		
ALPHA ADRENERGIC AGONIST & CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (*brinzolamide-brimonidine*)	2	QL (8 mL per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
betaxolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (*betaxolol hcl*)	2	QL (15 mL per 30 days)
carteolol hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	
levobunolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
timolol hemihydrate ophthalmic solution	2	QL (15 mL per 30 days)
timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
timolol maleate ocudose ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic gel forming solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOPLEGIC MYDRIATICS - DRUGS FOR THE EYE**		
cyclopentolate hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
phenylephrine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tropicamide ophthalmic solution	1 or 1b*	
LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (*lifitegrast*)	2	PA; QL (2 vial per 1 day)
MIOTICS - DIRECT ACTING - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
pilocarpine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (*faricimab-svoa*)	3	PA; LD; SP
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*faricimab-svoa*)	3	PA; LD; SP
OPHTHALMIC ANTIALLERGIC - DRUGS FOR ITCHY EYE**		
azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
cromolyn sodium ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
epinastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
OPHTHALMIC ANTIBIOTICS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitracin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
gatifloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
gentamicin sulfate ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
levofloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
moxifloxacin hcl ophthalmic solution	2	QL (3 mL per 30 days)
ofloxacin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
tobramycin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
neo-polycin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
polycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPHTHALMIC ANTIVIRALS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
trifluridine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
brinzolamide ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
dorzolamide hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE EYE**		
ak-fluor intravenous solution 10 %	1 or 1b*	
altafluor benox ophthalmic solution	1 or 1b*	
fluorescein intravenous solution	1 or 1b*	
fluorescein-benoxinate ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
cyclosporine ophthalmic emulsion	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)
OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS - DRUGS FOR THE EYE**		
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution	2	QL (1.7 mL per 30 days)
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %	2	QL (3 mL per 30 days)
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %	2	QL (5 mL per 30 days)
diclofenac sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
flurbiprofen sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (*nepafenac*)	2	QL (3 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
apraclonidine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.1 %	2	QL (30 mL per 30 days)
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment	1 or 1a*	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension	1 or 1b*	
neo-polycin hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (*tobramycin-dexamethasone*)	2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol-tobramycin*)	2	QL (20 mL per 30 days)
OPHTHALMIC STEROIDS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution	1 or 1b*	
difluprednate ophthalmic emulsion	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
fluorometholone ophthalmic suspension	1 or 1b*	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (*loteprednol etabonate*)	3	QL (7 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic gel	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
prednisolone acetate ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SULFONAMIDES - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
***OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE**		
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (*cysteamine hcl*)	3	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
bimatoprost ophthalmic solution	2	
latanoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (*bimatoprost*)	2	QL (7.5 mL per 30 days)
tafluprost (pf) ophthalmic solution	2	QL (9 mL per 30 days)
travoprost (bak free) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE EYE**		
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab-nuna*)	3	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab-eqrn*)	3	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (*aflibercept*)	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (*aflibercept*)	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*aflibercept*)	3	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ranibizumab*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR**		
OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS - WAX REMOVAL**		
acetic acid otic solution	1 or 1b*	
OTIC ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
ciprofloxacin hcl otic solution	1 or 1b*	QL (28 containers per 1 fill)
ofloxacin otic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 1 fill)
ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution	1 or 1b*	QL (28 vials per 1 fill)
neomycin-polymyxin-hc otic solution	1 or 1b*	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OTIC STEROIDS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
flac otic oil	1 or 1b*	
fluocinolone acetonide otic oil	1 or 1b*	
hydrocortisone-acetic acid otic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
***OXYTOCICS* - HORMONES**		
ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR WOMEN**		
carboprost tromethamine intramuscular solution	1 or 1b*	
OXYTOCICS - DRUGS FOR WOMEN**		
methergine oral tablet	1 or 1b*	
methylergonovine maleate injection solution	1 or 1b*	
methylergonovine maleate oral tablet	1 or 1b*	
oxytocin injection solution	1 or 1b*	
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS**		
ANTITOXINS-ANTIVENINS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*centruroides (scorpion) im fab*)	2	
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	2	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	2	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*crotalidae polyval immune fab*)	2	
IMMUNE SERUMS - BIOLOGICAL AGENTS**		
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (*immune globulin (human)-hipp*)	3	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (*immune globulin (human)*)	3	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*immune globulin (human)*)	3	PA; LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (*immune globulin (human)*)	3	PA; LD; SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (*immune globulin (human)-klhw*)	3	PA; LD; SP
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOPENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin oral capsule	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml	1 or 1a*	
amoxicillin oral tablet	1 or 1a*	
amoxicillin oral tablet chewable	1 or 1a*	
ampicillin oral capsule	1 or 1a*	
ampicillin sodium injection solution reconstituted	2	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted	2	
NATURAL PENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
penicillin g potassium injection solution reconstituted	2	
penicillin g sodium injection solution reconstituted	2	
penicillin v potassium oral solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin v potassium oral tablet	1 or 1b*	
pfizerpen injection solution reconstituted	2	
PENICILLIN COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable	1 or 1b*	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted	2	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted	2	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*amoxicillin-pot clavulanate*)	2	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted	2	
PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
dicloxacillin sodium oral capsule	1 or 1b*	
nafcillin sodium injection solution reconstituted	2	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted	2	
oxacillin sodium injection solution reconstituted	2	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***PROGESTINS* - HORMONES**		
PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet)	1 or 1b*	
medroxyprogesterone acetate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	1 or 1b*	
norethindrone acetate oral tablet	1 or 1b*	
progesterone intramuscular oil	1 or 1b*	
progesterone oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
progesterone oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsule per 1 day)
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
lofexidine hcl oral tablet	2	QL (16 tablets per 1 day)
ALCOHOL DETERRENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
acamprosate calcium oral tablet delayed release	2	QL (6 tablet per 1 day)
disulfiram oral tablet	1 or 1b*	
BENZODIAZEPINES & TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
donepezil hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
donepezil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg	2	QL (1 capsule per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg	2	DO
galantamine hydrobromide oral solution	2	QL (6 mL per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	2	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	2	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	2	QL (2 capsules per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	2	QL (1 patch per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr	2	QL (1 gram per 1 day)
MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AUSTEDO ORAL TABLET (*deutetrabenazine*)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (*deutetrabenazine*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG (*deutetrabenazine*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*deutetrabenazine*)	3	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (*valbenazine tosylate*)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (*valbenazine tosylate*)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (*valbenazine tosylate*)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (*valbenazine tosylate*)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*valbenazine tosylate*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
tetrabenazine oral tablet 25 mg	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
teriflunomide oral tablet	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (*interferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (*interferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (*interferon beta-1b*)	3	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*peginterferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*peginterferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*interferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*interferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*interferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*interferon beta-1a*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*diroximel fumarate*)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - POTASSIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (*glatiramer acetate*)	3	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	3	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	3	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg	2	DO
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg	2	QL (1 capsule per 1 day)
memantine hcl oral solution	2	QL (10 mL per 1 day)
memantine hcl oral tablet 10 mg	2	QL (2 tablets per 1 day)
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	2	QL (1 tablet per 6 months)
memantine hcl oral tablet 5 mg	2	DO
PHENOTHIAZINES & TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
perphenazine-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	AL
POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
gabapentin (once-daily) oral tablet	2	PA; DO
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg	2	PA; DO
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ergoloid mesylates oral tablet	2	QL (3 tablets per 1 day)
pimozide oral tablet 1 mg	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
pimozide oral tablet 2 mg	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
SMOKING DETERRENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
cvs nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
eq nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
eq nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
eq nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
eq nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
ft nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ft nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ft nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ft nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
gnp nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
goodsense nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
goodsense nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
habitrol transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
kls quit2 mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
kls quit2 mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
kls quit4 mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
kls quit4 mouth/throat lozenge	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	
nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; $0	
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTROL INHALATION INHALER (*nicotine*)	2; $0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (*nicotine*)	2; $0	QL (4 mL per 1 day)
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
ra mini nicotine mouth/throat lozenge	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ra nicotine gum mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
thrive mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack	2; $0	QL (53 dose pack per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg	2; $0	QL (2 tablet per 1 day)
varenicline tartrate(continue) oral tablet	2; $0	QL (2 tablet per 1 day)
SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
fingolimod hcl oral capsule	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (*siponimod fumarate*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*ozanimod hcl*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (*ozanimod hcl*)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*ozanimod hcl*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO; AL
VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
paroxetine mesylate oral capsule	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
HYDROLYTIC ENZYMES - DRUGS FOR THE LUNGS**		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (*dornase alfa*)	3	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OFEV ORAL CAPSULE (*nintedanib esylate*)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
pirfenidone oral capsule	3	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 267 mg	3	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
pirfenidone oral tablet 801 mg	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
SULFONAMIDES - ANTIBIOTICS**		
sulfadiazine oral tablet	2	
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
TETRACYCLINES - ANTIBIOTICS**		
demeclocycline hcl oral tablet	2	
doxy 100 intravenous solution reconstituted	2	QL (2 vials per 1 day)
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted	2	QL (2 vials per 1 day)
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (600 mL per 30 days)
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
minocycline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
minocycline hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
mondoxyne nl oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
tetracycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
***THYROID AGENTS* - HORMONES**		
ANTITHYROID AGENTS - DRUGS FOR THYROID**		
methimazole oral tablet	1 or 1a*	
propylthiouracil oral tablet	1 or 1b*	
THYROID HORMONES - DRUGS FOR THYROID**		
euthyrox oral tablet	1 or 1b*	
levo-t oral tablet	1 or 1b*	
levothyroxine sodium oral capsule	2	
levothyroxine sodium oral tablet	1 or 1a*	
levoxyl oral tablet	1 or 1a*	
liothyronine sodium intravenous solution	1 or 1b*	
liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
np thyroid oral tablet	1 or 1a*	
unithroid oral tablet	1 or 1a*	
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS**		
TOXOID COMBINATIONS - VACCINES**		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*tetanus-diphth-acell pertussis*)	2; $0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*tetanus-diphth-acell pertussis*)	2; $0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*diphth-acell pertussis-tetanus*)	2; $0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*diphth-acell pertussis-tetanus*)	2; $0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv vaccine*)	2; $0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-hepatitis b recomb-ipv*)	2; $0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*dtap-ipv-hib vaccine*)	2; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*dtap-ipv vaccine*)	2; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv vaccine*)	2; $0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*tetanus-diphtheria toxoids td*)	2; $0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (*tetanus-diphtheria toxoids td*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2; $0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	2	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	2	
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*	
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
dicyclomine hcl intramuscular solution	2	
dicyclomine hcl oral capsule	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral solution	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral tablet	1 or 1a*	
H-2 ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
cimetidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cimetidine oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
famotidine (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
famotidine oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
famotidine premixed intravenous solution	1 or 1b*	
nizatidine oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nizatidine oral capsule 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
MISC. ANTI-ULCER - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
sucralfate oral suspension	2	
sucralfate oral tablet	1 or 1b*	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	1 or 1b*	
esomeprazole magnesium oral packet	1 or 1b*	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	1 or 1b*	ST; BE; QL (1 capsule per 1 day)
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	1 or 1b*	
omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUATERNARY ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
glycopyrrolate injection solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral solution	2	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	
GLYCOPYRROLATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML, 0.4 MG/2ML	1 or 1b*	
methscopolamine bromide oral tablet	1 or 1b*	
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	2	ST; QL (1 pack per 1 fill)
bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule	2	ST; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
misoprostol oral tablet	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**		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	2	QL (1 tablet per 1 day)
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour	2	QL (1 tablet per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
oxybutynin chloride oral solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
solifenacin succinate oral tablet	2	QL (1 tablet per 1 day)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
tolterodine tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour	2	QL (1 capsule per 1 day)
trospium chloride oral tablet	2	QL (2 tablets per 1 day)
URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
mirabegron er oral tablet extended release 24 hour	2	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*mirabegron*)	3	ST; QL (3 bottles per 30 days)
URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
bethanechol chloride oral tablet	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS**		
BACTERIAL VACCINES - VACCINES**		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	2; $0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	2; $0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b recomb omv adj*)	2; $0	
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*anthrax vaccine adsorbed*)	2	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 21-valent conjuga*)	2; $0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	2; $0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*mening acy&w-135 tetanus conj*)	2; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	2; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	2; $0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*haemophilus b polysac conj vac*)	2; $0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*mening acyw(tet conj)-b(rcmb)*)	2; $0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal vac polyvalent*)	2; $0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 20-val conj vacc*)	2; $0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b vac (recomb)*)	2; $0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	2	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*cholera vac live attenuated*)	2	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 15-val conj vacc*)	2; $0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*typhoid vaccine*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIRAL VACCINE COMBINATIONS - VACCINES**		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	2; $0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	2; $0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles-mumps-rubella-varicell*)	2; $0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis a-hep b recomb vac*)	2; $0	
VIRAL VACCINES - VACCINES**		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*rsv pre-fusion f a&b vac rcmb*)	2; $0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*smallpox vaccine*)	2; $0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rsvpref3 vac recomb adjuvanted*)	2; $0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*dengue virus vaccine live tetr*)	2	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (*hepatitis b vac recombinant*)	2; $0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	2; $0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*ebola zaire virus vaccine live*)	2	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac a&b surf ant adj*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac recombinant ha*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (*influenza virus vaccine live*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac split high-dose*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hepatitis a vaccine*)	2; $0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recomb adj*)	2; $0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rabies virus vaccine, hdc*)	2	
IPOL INJECTION INJECTABLE (*poliovirus vaccine inactivated*)	2; $0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chikungunya virus vaccine live*)	2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*japanese encephalitis vac inac*)	2	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*smallpox & monkeypox vac, live*)	2; $0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*rsv mrna pre-f virus vaccine*)	2; $0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe	2; $0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension	2; $0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rabies vaccine, pcec*)	2	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (*hepatitis b vac recombinant*)	2; $0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	2; $0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (*rotavirus vaccine live oral*)	2; $0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (*rotavirus vac live pentavalent*)	2; $0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*zoster vac recomb adjuvanted*)	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 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	2	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*tick-borne encephalitis vacc*)	2	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hepatitis a vaccine*)	2; $0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*varicella virus vaccine live*)	2; $0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (*yellow fever vaccine*)	2	
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN**		
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
miconazole 3 vaginal suppository	1 or 1b*	
terconazole vaginal cream 0.4 %	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
terconazole vaginal cream 0.8 %	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
terconazole vaginal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
SPERMICIDES - BIRTH CONTROL PILLS**		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (*nonoxynol-9*)	2; $0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
TODAY SPONGE VAGINAL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (*nonoxynol-9*)	2; $0	
VAGINAL ANTI-INFECTIVES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (*clindamycin phosphate*)	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
VANDAZOLE VAGINAL GEL (*metronidazole*)	1 or 1b*	
VAGINAL ESTROGENS - DRUGS FOR WOMEN**		
estradiol vaginal cream	1 or 1b*	QL (42.5 grams per 30 days)
estradiol vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (*estrogens, conjugated*)	2	QL (1 gm per 1 day)
yuvafem vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
VAGINAL PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (*progesterone*)	2	PA
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*	
epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
droxidopa oral capsule 100 mg	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
VASOPRESSORS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
midodrine hcl oral tablet	2	
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
VITAMIN B-1 - DRUGS FOR NUTRITION**		
thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	
VITAMIN D - DRUGS FOR NUTRITION**		
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
VITAMIN K - DRUGS FOR NUTRITION**		
phytonadione injection solution	1 or 1b*	
phytonadione oral tablet	2	
vitamin k1 injection 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 01012025

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 103
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 103
abacavir sulfate 61
abacavir sulfate-lamivudine 60
abiraterone acetate 50
ABRYSVO 138
ACAM2000 138
acamprosate calcium 127
acarbose 34
ACCU-CHEK AVIVA PLUS 84
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET 102
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 102
ACCU-CHEK GUIDE TEST 84
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 102
ACCU-CHEK SMARTVIEW 84
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 102
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 102
accutane 77
ACCUTREND GLUCOSE 84
acebutolol hcl 64
acetaminophen 18
acetaminophen-codeine 20
acetazolamide 84
acetazolamide er 84
acetazolamide sodium 84
acetic acid 92, 125
acetylcysteine 39, 76
acitretin 79
ACTHIB 137
ACTIMMUNE 53
acyclovir 63, 80
acyclovir sodium 63
ADACEL 134
adalimumab-adbm (2 pen) 15
adalimumab-adbm (2 syringe) 15
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 16
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 16
adapalene 77
adapalene-benzoyl peroxide 77
adefovir dipivoxil 62
adenosine 24
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 103
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 103
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 103
afirmelle 69
AFLURIA 138
AFLURIA PRESERVATIVE FREE 138
aftera 73
afterpill 73
AIMOVIG 110
AJOVY 110
ak-fluor 123
ala-cort 80
albendazole 23
albuterol sulfate 26
ALBUTEROL SULFATE 26
albuterol sulfate hfa 26
alclometasone dipropionate 80
ALECENSA 51
alendronate sodium 85
alfuzosin hcl er 92
aliskiren fumarate 47
allbee/c 116
allopurinol 92
allopurinol sodium 92
almotriptan malate 110
alogliptin benzoate 35
alogliptin-metformin hcl 35
alogliptin-pioglitazone 35
alophen 99
alosetron hcl 90
alprazolam 24
alprazolam er 24
alprazolam xr 24
altafluor benox 123
altavera 69
ALUNBRIG 51
alvimopan 91
alyacen 1/35 69
alyacen 7/7/7 74
alyq 68
amantadine hcl 56
ambrisentan 67
amethyst 73
amikacin sulfate 15
amiloride hcl 85
amiloride-hydrochlorothiazide 84
aminocaproic acid 96
aminophylline 28
aminosyn ii 121
amiodarone hcl 25
amitriptyline hcl 34
amlodipine besy-benazepril hcl 44
amlodipine besylate 65
amlodipine besylate-valsartan 45
amlodipine-atorvastatin 67
amlodipine-olmesartan 46
amlodipine-valsartan-hctz 47
amnesteem 77
amoxapine 34
amoxicillin 126
amoxicillin-pot clavulanate 126
amoxicillin-pot clavulanate er 126
amphetamine sulfate 12
amphetamine-dextroamphet er 12
amphetamine-dextroamphetamine 12
amphet-dextroamphet 3-bead er 12
amphotericin b 41
amphotericin b liposome 41
ampicillin 126
ampicillin sodium 126
ampicillin-sulbactam sodium 126
anagrelide hcl 94
ANASCORP 125
anastrozole 54
ANORO ELLIPTA 25
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS 125
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS 125
apap-caff-dihydrocodeine 20
apomorphine hcl 57
apraclonidine hcl 123
aprepitant 41
apri 69
APTIVUS 61
aq insulin syringe 103
aqinject pen needle 103
aquastat 112
Aquastat Sfr 112
aranelle 74
ARANESP (ALBUMIN FREE) 94, 95
AREXVY 138
arformoterol tartrate 26
argyle sterile water 113
aripiprazole 59
armodafinil 14
ARNUITY ELLIPTA 27
ascomp-codeine 20
asenapine maleate 58
ashlyna 73
aspirin 18, 19
aspirin 81 18
aspirin adult low dose 18
aspirin adult low strength 18
aspirin childrens 18
aspirin ec adult low dose 18
aspirin ec low dose 18
aspirin ec low strength 18
aspirin low dose 18
aspirin regimen 19
aspirin-dipyridamole er 94
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 103
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 103
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 103
ATABEX EC 118
ATABEX OB 118
atazanavir sulfate 61
atenolol 64
atenolol-chlorthalidone 47
atomoxetine hcl 12
atorvastatin calcium 43
atovaquone 48
atovaquone-proguanil hcl 49
atracurium besylate 121
ATROVENT HFA 27
aubra eq 69
AUDENZ 138
AUGMENTIN 126
aum insulin safety pen needle 103
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 103
aum pen needle 103
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 103
AUM SAFETY PEN NEEDLE 103

AURORA PEN NEEDLES 103
aurovela 1.5/30 69
aurovela 1/20 70
aurovela 24 fe 70
aurovela fe 1.5/30 70
aurovela fe 1/20 70
AUSTEDO 127
AUSTEDO XR 128
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 128
AVASTIN 55
aviane 70
AVONEX PEN 128
AVONEX PREFILLED 128
AVSOLA 91
ayuna 70
azasan 114
azathioprine 114
azelaic acid 83
azelastine hcl 120, 122
azelastine-fluticasone 120
azithromycin 101
aztreonam 49
azurette 69
b complex 100 tr 116
b complex formula 1 (lipotrop) 119
b complex formula 1 (w/ fa) 116
b complex-b12 115
b complex-c 116
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA 116
b complex-c-folic acid 115
b-100 b-complex 116
b-100 complex cr 116
b-100 tr 117
b-50 complex 117
bac 18
bacitracin 122
bacitracin-polymyxin b 122
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 123
baclofen 119
balance b-100 119
balance b-50 117
balanced b complex 117
balanced b-100 117
balanced b-50 complex 119
balanced b-50/fa 117
balsalazide disodium 90
balziva 70
BAQSIMI ONE PACK 35
BAQSIMI TWO PACK 35
BARACLUDE 62
bayer aspirin ec low dose 19
bayer low dose 19
BCG VACCINE 137
b-compleet-100 117
b-compleet-50 117
b-complex 117
b-complex (folic acid) 116
b-complex balanced 115
b-complex plus b-12 115
b-complex/b-12 115
b-complex/electrolytes 116
b-complex/vitamin c 115
b-complex-c 116
b-complex-c (w/folic acid) 115
BD AUTOSHIELD DUO 103
bd heparin posiflush 29
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 103
BD INSULIN SYRINGE 103
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 103
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 103
BD INSULIN SYRINGE U/F 103
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 103
BD INSULIN SYRINGE U-500 103
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 103
BD PEN NEEDLE MICRO U/F 103
BD PEN NEEDLE MINI U/F 103
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 103
BD PEN NEEDLE NANO U/F 103
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 103
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 103
bd posiflush 112
Bd Posiflush Safescrub 112
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 104
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 104
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 104
benazepril hcl 44, 45
benazepril-hydrochlorothiazide 44
benzonatate 76
benzoyl peroxide-erythromycin 77
benzphetamine hcl 13
benztropine mesylate 56
BERINERT 93
betaine 86
betamethasone dipropionate 80, 81
betamethasone dipropionate aug 80
betamethasone valerate 81
BETASERON 129
betaxolol hcl 64, 121
bethanechol chloride 136
BETOPTIC-S 121
better b complex 116
bexarotene 55, 83
BEXSERO 137
bicalutamide 50
big 100 116
big 100 (biotin) 117
BIJUVA 88
BIKTARVY 60
bimatoprost 124
BIOTHRAX 137
bis subcit-metronid-tetracyc 136
bisacodyl 99
bisacodyl ec 99
bismuth/metronidaz/tetracyclin 136
bisoprolol fumarate 64
bisoprolol-hydrochlorothiazide 47
blisovi 24 fe 70
blisovi fe 1.5/30 70
blisovi fe 1/20 70
BOOSTRIX 134
bosentan 67
BOSULIF 51
BREO ELLIPTA 25
Breyna 25
BREZTRI AEROSPHERE 25
briellyn 70
BRILINTA 93
brimonidine tartrate 83, 123
brimonidine tartrate-timolol 121
brinzolamide 123
bromfenac sodium 123
bromfenac sodium (once-daily) 123
bromocriptine mesylate 56
budesonide 23, 27, 75
budesonide er 75
budesonide-formoterol fumarate 25
bumetanide 84
bupivacaine hcl (pf) 100
bupivacaine-epinephrine 100
bupivacaine-epinephrine (pf) 100
buprenorphine 22
buprenorphine hcl 22
buprenorphine hcl-naloxone hcl 22
bupropion hcl 32
bupropion hcl er (smoking det) 130
bupropion hcl er (sr) 32
bupropion hcl er (xl) 32
buspirone hcl 24
butalbital-acetaminophen 18
butalbital-apap-caff-cod 20
butalbital-apap-caffeine 18
butalbital-asa-caff-codeine 20
butalbital-aspirin-caffeine 18
butorphanol tartrate 22
BYOOVIZ 124
cabergoline 86
CABOMETYX 53
caffeine citrate 13
calcipotriene 80
calcipotriene-betameth diprop 83, 84
calcitonin (salmon) 86
calcitrene 80
calcitriol 80, 87
calcium acetate 91
calcium acetate (phos binder) 91
camila 74
camrese 73
camrese lo 73
candesartan cilexetil 46
candesartan cilexetil-hctz 46
capecitabine 51
CAPRELSA 53
captopril 45
captopril-hydrochlorothiazide 44
CAPVAXIVE 137
carbamazepine 29, 30
carbamazepine er 29
carbidopa 56
carbidopa-levodopa 57
carbidopa-levodopa er 57
carbidopa-levodopa-entacapone 57

carbinoxamine maleate 42
carbinoxamine maleate er 42
carboprost tromethamine 125
CAREFINE PEN NEEDLES 104
CAREONE INSULIN SYRINGE 104
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 104
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 104
CARETOUCH PEN NEEDLES 104
carglumic acid 87
carisoprodol 119
carteolol hcl 121
cartia xt 65
carvedilol 64
carvedilol phosphate er 64
CAYA 101
cefaclor 68
CEFACLOR ER 68
cefadroxil 68
cefazolin sodium 68
cefdinir 69
cefepime hcl 69
cefixime 69
cefotetan disodium 68
cefoxitin sodium 68
cefpodoxime proxetil 69
cefprozil 68
ceftazidime 69
ceftriaxone sodium 69
ceftriaxone sodium in dextrose 69
cefuroxime axetil 68
cefuroxime sodium 68
celecoxib 16
cephalexin 68
CERDELGA 94
cetirizine hcl 42
cevimeline hcl 115
charlotte 24 fe 70
chateal eq 70
childrens aspirin 19
chloramphenicol sod succinate 48
chlordiazepoxide hcl 24
chlordiazepoxide-amitriptyline 127
chlordiazepoxide-clidinium 135
chlorhexidine gluconate 114
chloroprocaine hcl (pf) 100
chloroquine phosphate 49
chlorothiazide sodium 85
chlorpromazine hcl 59
CHLORPROMAZINE HCL 59
chlorthalidone 85
chlorzoxazone 119
cholestyramine 43
cholestyramine light 42, 43
chromic chloride 112
ciclodan 78
ciclopirox 78
ciclopirox olamine 78
cilostazol 93
CIMDUO 60
CIMERLI 124
cimetidine 135
cimetidine hcl 135
cinacalcet hcl 86
ciprofloxacin hcl 89, 122, 125
ciprofloxacin in d5w 89
ciprofloxacin-dexamethasone 125
ciprofloxacin-fluocinolone pf 125
cisatracurium besylate 121
cisatracurium besylate (pf) 121
citalopram hydrobromide 32, 33
CITRANATAL B-CALM 118
citrate of magnesia 98
citroma 98
claravis 77
clarithromycin 101
clarithromycin er 101
CLASSIC PRENATAL 118
clearlax 97
clemastine fumarate 42
CLEOCIN 140
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 104
CLICKFINE PEN NEEDLES 104
CLIMARA PRO 88
Clindacin 77
clindacin etz 77
clindacin-p 77
clindamycin hcl 48
clindamycin palmitate hcl 48
clindamycin phos-benzoyl perox 77
clindamycin phosphate 49, 77, 140
clindamycin phosphate in d5w 49
clindamycin-tretinoin 77
clinisol sf 121
clinpro 5000 114
clobazam 29
clobetasol propionate 81
clobetasol propionate e 81
clobetasol propionate emulsion 81
clodan 81
Clomid 87
clomiphene citrate 87
clomipramine hcl 34
clonazepam 29
clonidine 47
clonidine hcl 47
clonidine hcl er 12
clopidogrel bisulfate 94
clorazepate dipotassium 24
clotrimazole 114
clotrimazole-betamethasone 78
clozapine 58
C-NATE DHA 118
COAGUCHEK LANCETS 102
coal tar 83
codeine sulfate 20
colchicine 92
colchicine-probenecid 92
colesevelam hcl 43
colestipol hcl 43
colistimethate sodium (cba) 49
COMBIPATCH 88
COMBIVENT RESPIMAT 25
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 53
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 53
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 53
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 104
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 104
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 104
COMFORT EZ PEN NEEDLES 104
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 104
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 104
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 104
COMIRNATY 138
COMPLETE NATAL DHA 119
COMPLETENATE 118
complex b-100 117
complex b-50 prolonged release 117
compro 59
CO-NATAL FA 118
CONCEPT DHA 118
CONCEPT OB 118
constulose 98
COPAXONE 129
COSENTYX 79
COSENTYX (300 MG DOSE) 79
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 79
COSENTYX SENSOREADY PEN 79
COSENTYX UNOREADY 79
CREON 84
CROFAB 125
cromolyn sodium 26, 90, 122
crotan 83
cryselle-28 70
CURAE 73
curity sterile saline 92
CUTAQUIG 125
cvs aspirin adult low dose 19
cvs aspirin adult low strength 19
cvs aspirin ec 19
cvs aspirin low dose 19
cvs aspirin low strength 19
cvs b complex plus c 116
cvs c-lax laxative 99
cvs folic acid 95
cvs gentle laxative 99
cvs gentle laxative womens 99
cvs magnesium citrate 98
cvs milk of magnesia 98
cvs nicotine 130
cvs nicotine polacrilex 130
cvs purelax 98
cvs super b complex/c 116
cyanocobalamin 94
cyclobenzaprine hcl 119
cyclopentolate hcl 122
cyclophosphamide 55
cycloserine 50

cyclosporine 113, 123
cyclosporine modified 113
cyproheptadine hcl 42
cyred eq 70
CYSTARAN 124
dalfampridine er 129
danazol 22
dantrolene sodium 120
dapagliflozin pro-metformin er 38
dapagliflozin propanediol 38
dapsone 48, 77
DAPTACEL 134
darifenacin hydrobromide er 136
darunavir 61
dasatinib 52
dasetta 1/35 70
dasetta 7/7/7 74
daysee 73
deblitane 74
deferasirox 39
deferasirox granules 39
deferiprone 39
delyla 70
demeclocycline hcl 133
DENGVAXIA 138
denta 5000 plus 114
dentagel 114
DEPO-SUBQ PROVERA 104 74
DEPO-TESTOSTERONE 22
DESCOVY 60
desflurane 91
desipramine hcl 34
desloratadine 42
desmopressin ace spray refrig 88
desmopressin acetate 88
desmopressin acetate pf 88
desmopressin acetate spray 88
desogestrel-ethinyl estradiol 69
desonide 81
desvenlafaxine succinate er 33
dexamethasone 75
DEXAMETHASONE INTENSOL 75
dexamethasone sod phos +rfid 75
dexamethasone sod phosphate pf 75
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF 75
dexamethasone sodium phosphate . 75, 124
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 75
DEXCOM G6 RECEIVER 102
DEXCOM G6 SENSOR 102
DEXCOM G6 TRANSMITTER 102
DEXCOM G7 RECEIVER 102
DEXCOM G7 SENSOR 102
dexmedetomidine hcl 97
dexmedetomidine hcl in nacl 97
dexmethylphenidate hcl 14
dexmethylphenidate hcl er 14
dextroamphetamine sulfate 12
dextroamphetamine sulfate er 12
dextrose 121
dextrose in lactated ringers 111
dextrose-sodium chloride 111
dialyvite 800 115
DIATHRIVE PEN NEEDLE 104
diazepam 24, 29
diazepam intensol 24
diazoxide 35
dichlorphenamide 84
diclofenac potassium 16
diclofenac sodium 16, 78, 79, 123
diclofenac sodium er 16
diclofenac-misoprostol 16
dicloxacillin sodium 126
dicyclomine hcl 135
diethylpropion hcl 13
diethylpropion hcl er 13
diflunisal 19
difluprednate 124
digoxin 67
dihydroergotamine mesylate 110
DILANTIN 31
diltiazem hcl 65, 66
diltiazem hcl er 65
diltiazem hcl er beads 65
diltiazem hcl er coated beads 65
dilt-xr 66
dimethyl fumarate 129
dimethyl fumarate starter pack 129
diphenhydramine hcl 42
diphenoxylate-atropine 39
dipyridamole 94
disopyramide phosphate 24
disulfiram 127
divalproex sodium 32
divalproex sodium er 32
dobutamine hcl 67
dodex 94
dofetilide 25
dolishale 73
donepezil hcl 127
dorzolamide hcl 123
dorzolamide hcl-timolol mal 121
dorzolamide hcl-timolol mal pf 121
dotti 89
DOVATO 60
doxazosin mesylate 47
doxepin hcl 34, 79, 97
doxercalciferol 87
doxy 100 133
doxycycline hyclate 133
doxycycline monohydrate 133
doxylamine-pyridoxine 40
dronabinol 41
droperidol 24
DROPLET INSULIN SYRINGE 104
DROPLET MICRON 104
DROPLET PEN NEEDLES 104
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 104
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 104
drospiren-eth estrad-levomefol 70
drospirenone-ethinyl estradiol 70
DROXIA 94
droxidopa 141
DRUG MART UNIFINE PENTIPS . 104
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 104
dulcolax 98
dulcolax milk of magnesia 98
duloxetine hcl 33
DUPIXENT 80
duramorph 20
dutasteride 92
dutasteride-tamsulosin hcl 92
e.e.s. 400 101
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 105
easy comfort insulin syringe 105
EASY COMFORT PEN NEEDLES . 105
EASY GLIDE PEN NEEDLES 105
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 105
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 105
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 105
EASY TOUCH PEN NEEDLES 105
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 105
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 105
easygel 114
ec-naproxen 16
econazole nitrate 82
econtra one-step 73
ecotrin low strength 19
EDURANT 61
efavirenz 61
efavirenz-emtricitab-tenofo df 60
efavirenz-lamivudine-tenofovir 60
eletriptan hydrobromide 110
elinest 70
ELIQUIS 28
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 28
elite-ob 118
ELIXOPHYLLIN 28
ELLA 73
eluryng 72
EMBRACE PEN NEEDLES 105
EMGALITY 110
EMGALITY (300 MG DOSE) 110
emtricitabine 62
emtricitabine-tenofovir df 60
EMTRIVA 62
Emzahh 74
enalapril maleate 45
enalaprilat 45
enalapril-hydrochlorothiazide 44
ENBREL 18
ENBREL MINI 18
ENBREL SURECLICK 18
ENCARE 140
endocet 22
ENDOMETRIN 140
endur-b 117
ENFAMIL EXPECTA 119

ENGERIX-B 138
Enilloring 72
enoxaparin sodium 29
enpresse-28 74
enskyce 70
entacapone 57
entecavir 62
ENTRESTO 67
ENTYVIO 90
enulose 91
EPCLUSA 62
epinastine hcl 122
epinephrine 140
epinephrine (anaphylaxis) 140
epitol 30
eplerenone 47
eptifibatide 93
eq aspirin adult low dose 19
eq aspirin low dose 19
eq clearlax 98
eq gentle laxative 99
eq laxative 98
eq magnesium citrate 98
eq nicotine 130, 131
eq nicotine polacrilex 130
eq nicotine step 3 130
eql aspirin low dose 19
eql b complex 50 117
eql b-100 complex 117
eql clearlax 98
eql gentle laxative 99
EQL INSULIN SYRINGE 105
eql laxative 99
eql magnesium citrate 98
EQL PRENATAL FORMULA 118
eql super b complex/vitamin c 115
ergocalciferol 141
ergoloid mesylates 130
ergotamine-caffeine 110
ERIVEDGE 52
ERLEADA 50
erlotinib hcl 52
errin 74
ERVEBO 138
ery 77
ery-tab 101
erythromycin 77, 101
erythromycin base 101
erythromycin ethylsuccinate 101
erythromycin lactobionate 101
escitalopram oxalate 33
esmolol hcl 64
esomeprazole magnesium 135
estarylla 70
estazolam 96
estradiol 89, 140
estradiol valerate 89
estradiol-norethindrone acet 89
eszopiclone 97
ethacrynic acid 85
ethambutol hcl 50
ethosuximide 32
ethynodiol diac-eth estradiol 70
etodolac 17
etodolac er 17
etomidate 91
etonogestrel-ethinyl estradiol 72
etoposide 55
etravirine 61
EUCRISA 83
euthyrox 134
EVAMIST 89
everolimus 53, 113
exemestane 54
ex-lax ultra 99
EYLEA 124
EYLEA HD 124
ezetimibe 44
ezetimibe-simvastatin 43
fa-8 95
falmina 70
famciclovir 63
famotidine 135
famotidine (pf) 135
famotidine premixed 135
FARXIGA 38
FC2 FEMALE CONDOM 101
febuxostat 93
felbamate 31
felodipine er 66
FEMCAP 101
fenofibrate 43
fenofibrate micronized 43
fenofibric acid 43
fentanyl 20
fentanyl citrate 20
FENTANYL CITRATE (PF) 20
fentanyl citrate (pf) 20
FERAHEME 96
FERRLECIT 96
ferumoxytol 96
fesoterodine fumarate er 136
FIFTY50 PEN NEEDLES 105
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 105
finasteride 84, 92
fingolimod hcl 132
Finzala 70
FIRMAGON 54
FIRMAGON (240 MG DOSE) 54
flac 125
flavoxate hcl 137
flecainide acetate 25
FLEET STIMULANT 99
FLUAD 138
FLUARIX 138
FLUBLOK 138
FLUCELVAX 138
fluconazole 41
fluconazole in sodium chloride 41
flucytosine 41
fludrocortisone acetate 76
FLULAVAL 139
flumazenil 40
FLUMIST 139
fluocinolone acetonide 81, 125
fluocinolone acetonide body 81
fluocinolone acetonide scalp 81
fluocinonide 81
fluocinonide emulsified base 81
fluorescein 123
fluorescein-benoxinate 123
fluoridex 114
fluoridex daily renewal 114
fluoridex enhanced whitening 114
fluorometholone 124
fluorouracil 78, 79
fluoxetine hcl 33
fluoxetine hcl (pmdd) 130
fluphenazine decanoate 59
fluphenazine hcl 59
flurazepam hcl 96
flurbiprofen 17
flurbiprofen sodium 123
fluticasone furoate-vilanterol 25
fluticasone propionate 81, 120
fluticasone propionate diskus 28
fluticasone propionate hfa 28
fluticasone-salmeterol 25, 26
fluvastatin sodium 43
fluvoxamine maleate 33
fluvoxamine maleate er 33
FLUZONE 139
FLUZONE HIGH-DOSE 139
folate 95
folic acid 95
FOLIVANE-OB 118
foltabs 800 95
fomepizole 39
fondaparinux sodium 29
formoterol fumarate 26
FOSAMAX PLUS D 85
fosamprenavir calcium 61
fosaprepitant dimeglumine 41
fosfomycin tromethamine 49
fosinopril sodium 45
fosinopril sodium-hctz 44
fosphenytoin sodium 31
FRAGMIN 29
fraiche 5000 dental 115
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER 102
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR 102
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR 102
FREESTYLE LIBRE 2 READER 102
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR 102
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR 102
FREESTYLE LIBRE 3 READER 102
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR 102
FREESTYLE LIBRE READER 102
fresenius propoven 91
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE 99
frovatriptan succinate 110
ft aspirin 19
ft aspirin low dose 19

ft b-100 complex pr 117
ft clearlax 98
ft folic acid 95
ft laxative 99
ft magnesium citrate 99
ft milk of magnesia 99
ft nicotine 131
ft nicotine mini 131
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C . 116
furosemide 85
FUZEON 61
fyavolv 89
g tussin ac 76
gabapentin 30
gabapentin (once-daily) 130
galantamine hydrobromide 127
galantamine hydrobromide er 127
Gallifrey 127
GAMUNEX-C 125
GARDASIL 9 139
gatifloxacin 122
gavilax 98
GAVILYTE-C 97
gavilyte-g 97
Gavilyte-N With Flavor Pack 97
gefitinib 52
gemfibrozil 43
gemmily 70
generlac 91
gengraf 113
GENOTROPIN 86
GENOTROPIN MINIQUICK 86
gentamicin in saline 15
gentamicin sulfate 15, 78, 122
gentle laxative 99
gentlelax 98
GENVOYA 60
GILOTRIF 52
glatiramer acetate 129
glatopa 129, 130
glimepiride 38
glipizide 38, 39
glipizide er 38
glipizide xl 39
glipizide-metformin hcl 38
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 105
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 105
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES 105
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 105
GLOBAL INSULIN SYRINGES 105
GLUCAGON EMERGENCY 35
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE .. 105
glyburide 39
glyburide micronized 39
glyburide-metformin 38
glycine 92
glycine urologic 92
glycolax 98
glycopyrrolate 136
GLYCOPYRROLATE PF 136
glydo 82
GLYXAMBI 38
gnp adult aspirin low strength 19
gnp aspirin 19
gnp aspirin low dose 19
gnp b-100 complex 117
gnp b-50 complex 117
gnp b-complex plus vitamin c 115
gnp clearlax 98
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES . 105
gnp folic acid 95
gnp gentle laxative 99
GNP INSULIN SYRINGE 105
GNP INSULIN SYRINGES 105
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" 105
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 105
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 105
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 105
gnp magnesium citrate 99
gnp milk of magnesia 99
gnp nicotine 131
gnp nicotine mini 131
gnp nicotine polacrilex 131
GNP PRENATAL 118
GNP ULTICARE PEN NEEDLES ... 105
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 105
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 105
gnp womens gentle laxative 100
GONAL-F 87
GONAL-F RFF 87
GONAL-F RFF REDIJECT 87
goodsense aspirin 19
goodsense aspirin low dose 19
goodsense bisacodyl ec 100
goodsense bisacodyl laxative 100
goodsense clearlax 98
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 106
goodsense magnesium citrate 99
goodsense milk of magnesia 99
goodsense nicotine 131
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 106
granisetron hcl 40
griseofulvin microsize 41
griseofulvin ultramicrosize 41
guaifenesin-codeine 76
guanfacine hcl 47
guanfacine hcl er 12
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 35
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 35
GVOKE KIT 35
GVOKE PFS 35
habitrol 131
HAEGARDA 93
hailey 1.5/30 70
hailey 24 fe 70
hailey fe 1.5/30 70
hailey fe 1/20 70
halobetasol propionate 81
Haloette 72
haloperidol 58
haloperidol decanoate 58
haloperidol lactate 58
HARVONI 63
HAVRIX 139
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 106
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 106
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 106
healthylax 98
heather 74
h-e-b aspirin 19
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 106
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 106
heparin (porcine) in nacl 29
heparin na (pork) lock flsh pf 29
heparin sod (porcine) in d5w 29
heparin sod (pork) lock flush 29
heparin sodium (porcine) 29
heparin sodium (porcine) pf 29
HEPLISAV-B 139
HER STYLE 73
HERCEPTIN 51
HERCEPTIN HYLECTA 53
hetastarch-nacl 93
HIBERIX 137
hidex 6-day 75
HIZENTRA 125, 126
hm clearlax 98
hm milk of magnesia 99
hm nicotine polacrilex 131
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 106
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 106
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 106
HUMALOG 36
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 36
HUMALOG KWIKPEN 36
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN .. 36
HUMALOG MIX 75/25 36
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN .. 36
HUMATROPE 86
HUMIRA (2 PEN) 16
HUMIRA (2 SYRINGE) 16
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 16
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 16
HUMULIN 70/30 36
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 36
HUMULIN N 36
HUMULIN N KWIKPEN 36
HUMULIN R 36

HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) ... 36
HUMULIN R U-500 KWIKPEN ... 36
HYCAMTIN ... 55
hydralazine hcl ... 47, 48
hydrochlorothiazide ... 85
hydrocod poli-chlorphe poli er ... 77
hydrocodone bitartrate er ... 20
hydrocodone bit-homatrop mbr ... 76
hydrocodone-acetaminophen ... 20
hydrocodone-ibuprofen ... 20
hydrocortisone ... 23, 75, 81
hydrocortisone (perianal) ... 23
hydrocortisone ace-pramoxine ... 23
hydrocortisone sod suc (pf) ... 75
hydrocortisone-acetic acid ... 125
hydromet ... 76
hydromorphone hcl ... 20, 21
hydromorphone hcl er ... 20
hydromorphone hcl pf ... 21
hydroxocobalamin acetate ... 94
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ... 49
hydroxychloroquine sulfate ... 49
hydroxyurea ... 53
hydroxyzine hcl ... 24
hydroxyzine pamoate ... 24
ibandronate sodium ... 85
IBRANCE ... 54
ibu ... 17
ibuprofen ... 17
ibutilide fumarate ... 25
icatibant acetate ... 93
iclevia ... 73
icosapent ethyl ... 42
ILEVRO ... 123
imatinib mesylate ... 52
IMBRUVICA ... 52
imipenem-cilastatin ... 48
imipramine hcl ... 34
imipramine pamoate ... 34
imiquimod ... 82
imiquimod pump ... 82
IMOVAX RABIES ... 139
inatal gt ... 118
incassia ... 74
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES ... 106
indapamide ... 85
indomethacin ... 17
indomethacin er ... 17
INFANRIX ... 134
INFED ... 96
INFLIXIMAB ... 91
INGREZZA ... 128
INLYTA ... 55
INSULIN LISPRO ... 36
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) ... 36
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN ... 36
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO ... 36
INSULIN SYRINGE ... 106
insulin syringe-needle u-100 ... 106
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 ... 106
INSUPEN PEN NEEDLES ... 106
INTELENCE ... 61
introvale ... 73
IPOL ... 139
ipratropium bromide ... 27, 120
ipratropium-albuterol ... 26
irbesartan ... 46
irbesartan-hydrochlorothiazide ... 46
ISENTRESS ... 61
isibloom ... 70
isoflurane ... 91
isoniazid ... 50
isosorb dinitrate-hydralazine ... 67
isosorbide dinitrate ... 23
isosorbide mononitrate ... 23
isosorbide mononitrate er ... 23
isotretinoin ... 78
isradipine ... 66
itraconazole ... 41
ivabradine hcl ... 68
ivermectin ... 23, 83
IXCHIQ ... 139
IXIARO ... 139
jaimiess ... 73
JAKAFI ... 54
jantoven ... 28
JANUMET ... 35
JANUMET XR ... 35
JANUVIA ... 35
JARDIANCE ... 38
jasmiel ... 70
Javygtor ... 87
jencycla ... 74
jinteli ... 89
jolessa ... 73
Joyeaux ... 70
juleber ... 70
junel 1.5/30 ... 70
junel 1/20 ... 70
junel fe 1.5/30 ... 70
junel fe 1/20 ... 70
junel fe 24 ... 71
JYNNEOS ... 139
kaitlib fe ... 71
KALBITOR ... 94
kalliga ... 71
KANJINTI ... 51
kariva ... 69
KCL (0.149%) IN NACL ... 111
kcl (0.149%) in nacl ... 111
KCL (0.298%) IN NACL ... 111
kcl in dextrose-nacl ... 111
kelnor 1/35 ... 71
kelnor 1/50 ... 71
ketamine hcl ... 91
ketoconazole ... 41, 82
ketodan ... 82
ketoprofen er ... 17
ketorolac tromethamine ... 17, 123
KETOROLAC TROMETHAMINE ... 17
KINRAY INSULIN SYRINGE ... 106
KINRIX ... 134
KISQALI (200 MG DOSE) ... 54
KISQALI (400 MG DOSE) ... 54
KISQALI (600 MG DOSE) ... 54
Klayesta ... 78
klor-con ... 112
klor-con 10 ... 112
klor-con m10 ... 112
klor-con m15 ... 112
klor-con m20 ... 112
KLOXXADO ... 40
kls aspirin low dose ... 19
kls laxaclear ... 98
kls quit2 ... 131
kls quit4 ... 131
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G ... 106
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G ... 106
kobee ... 116
Kourzeq ... 115
kp aspirin ... 19
kp b complex-c ... 116
kp bisacodyl ... 100
kp folic acid ... 95
K-PHOS ... 111
KROGER INSULIN SYRINGE ... 106
KROGER PEN NEEDLES ... 106
kurvelo ... 71
labetalol hcl ... 64
lacosamide ... 30
lactated ringers ... 111, 113
lactulose ... 98
lactulose encephalopathy ... 91
LAGEVRIO ... 63
lamivudine ... 62
lamivudine-zidovudine ... 60
lamotrigine ... 30
lamotrigine er ... 30
lamotrigine starter kit-blue ... 30
lamotrigine starter kit-green ... 30
lamotrigine starter kit-orange ... 30
LANOXIN PEDIATRIC ... 67
LANREOTIDE ACETATE ... 88
lansoprazole ... 135
lanthanum carbonate ... 91
LANTUS ... 36
LANTUS SOLOSTAR ... 36
lapatinib ditosylate ... 53
larin 1.5/30 ... 71
larin 1/20 ... 71
larin 24 fe ... 71
larin fe 1.5/30 ... 71
larin fe 1/20 ... 71
latanoprost ... 124
laxative ... 100
layolis fe ... 71
LEADER INSULIN SYRINGE ... 106
LEADER UNIFINE PENTIPS ... 106
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS ... 106
leena ... 74

leflunomide ... 18
lenalidomide ... 113
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ... 55
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ... 56
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ... 56
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ... 56
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ... 56
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ... 56
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ... 56
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ... 56
lessina ... 71
letrozole ... 54
leucovorin calcium ... 54
LEUKERAN ... 55
leuprolide acetate ... 55
levalbuterol hcl ... 26
levalbuterol tartrate ... 27
levamlodipine maleate ... 66
levetiracetam ... 30
levetiracetam er ... 30
levobunolol hcl ... 121
levocarnitine ... 86
levocarnitine sf ... 86
levocetirizine dihydrochloride ... 42
levofloxacin ... 89, 122
levofloxacin in d5w ... 89
levonest ... 74
levonorgest-eth est & eth est ... 73
levonorgest-eth estrad 91-day ... 73
levonorgest-eth estradiol-iron ... 71
levonorgestrel ... 73
levonorgestrel-ethinyl estrad ... 71, 73
levonorg-eth estrad triphasic ... 74
levora 0.15/30 (28) ... 71
levorphanol tartrate ... 21
levo-t ... 134
levothyroxine sodium ... 134
levoxyl ... 134
l-glutamine ... 94
lidocaine ... 82
lidocaine hcl ... 82, 100, 114
lidocaine hcl (cardiac) ... 25
lidocaine hcl (cardiac) pf ... 25
lidocaine hcl (pf) ... 100
lidocaine hcl urethral/mucosal ... 82
lidocaine in d5w ... 25
lidocaine viscous hcl ... 114
lidocaine-epinephrine ... 100
lidocaine-epinephrine (pf) ... 100
lidocaine-prilocaine ... 83
linezolid ... 49
LINZESS ... 90
liothyronine sodium ... 134
liraglutide ... 37
lisdexamfetamine dimesylate ... 12
lisinopril ... 45
lisinopril-hydrochlorothiazide ... 44
LITETOUCH INSULIN SYRINGE ... 106
LITETOUCH PEN NEEDLES ... 106
lithium ... 57
lithium carbonate ... 57
lithium carbonate er ... 57
lmd in d5w ... 93
lmd in nacl ... 93
LO LOESTRIN FE ... 69
loestrin 1.5/30 (21) ... 71
loestrin 1/20 (21) ... 71
loestrin fe 1.5/30 ... 71
loestrin fe 1/20 ... 71
lofexidine hcl ... 127
lojaimiess ... 73
LOKELMA ... 114
LONGS INSULIN SYRINGE ... 106
loperamide hcl ... 39
lopinavir-ritonavir ... 60
lorazepam ... 24
lorazepam intensol ... 24
loryna ... 71
losartan potassium ... 46
losartan potassium-hctz ... 46
LOTEMAX ... 124
loteprednol etabonate ... 124
lovastatin ... 43
low-ogestrel ... 71
loxapine succinate ... 58, 59
lo-zumandimine ... 71
lubiprostone ... 90
LUCENTIS ... 124
luliconazole ... 82
LUMIGAN ... 124
lurasidone hcl ... 57
lutera ... 71
lyleq ... 74
lyllana ... 89
LYNPARZA ... 55
LYSODREN ... 50
LYUMJEV ... 36
LYUMJEV KWIKPEN ... 36
lyza ... 74
mafenide acetate ... 80
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR ... 106
magnesium citrate ... 99
MAGNESIUM SULFATE ... 111
malathion ... 83
manganese chloride ... 111
mannitol ... 85
MARATHON MEDICAL PENTIPS 106
maraviroc ... 60
marlissa ... 71
MATULANE ... 53
matzim la ... 66
MAVENCLAD (10 TABS) ... 128
MAVENCLAD (4 TABS) ... 128
MAVENCLAD (5 TABS) ... 128
MAVENCLAD (6 TABS) ... 128
MAVENCLAD (7 TABS) ... 128
MAVENCLAD (8 TABS) ... 128
MAVENCLAD (9 TABS) ... 128
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 106
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE ... 106
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE ... 106
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" ... 106
maxi-tuss ac ... 76
MAYZENT ... 132
MAYZENT STARTER PACK ... 132
meclizine hcl ... 40
meclofenamate sodium ... 17
MEDIC INSULIN SYRINGE ... 106
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES ... 106
medroxyprogesterone acetate ... 74, 127
mefenamic acid ... 17
mefloquine hcl ... 49
megestrol acetate ... 55, 127
MEIJER PEN NEEDLES ... 106
MEKINIST ... 53
meloxicam ... 17
memantine hcl ... 130
memantine hcl er ... 130
MENEST ... 89
MENQUADFI ... 137
MENVEO ... 137
meperidine hcl ... 21
meprobamate ... 24
mercaptopurine ... 51
meropenem ... 48
merzee ... 71
mesalamine ... 90
mesalamine er ... 90
mesalamine-cleanser ... 90
mesna ... 55
metformin hcl ... 35
metformin hcl er ... 35
methadone hcl ... 21
methadone hcl intensol ... 21
methadose ... 21
methazolamide ... 84
methenamine hippurate ... 49
methergine ... 125
methimazole ... 134
methocarbamol ... 119, 120
methotrexate sodium ... 51
methotrexate sodium (pf) ... 51
methoxsalen rapid ... 79
methscopolamine bromide ... 136
methsuximide ... 32
methyldopa ... 47
methylene blue ... 39
methylene blue (antidote) ... 39
methylergonovine maleate ... 125
methylphenidate ... 14, 15
methylphenidate hcl ... 14
methylphenidate hcl er ... 14
methylphenidate hcl er (cd) ... 14
methylphenidate hcl er (la) ... 14
methylphenidate hcl er (osm) ... 14
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ... 14
methylphenidate hcl er (xr) ... 14
methylprednisolone ... 75
methylprednisolone sodium succ ... 75
metoclopramide hcl ... 90
metolazone ... 85
metoprolol succinate er ... 64
metoprolol tartrate ... 64
metoprolol-hydrochlorothiazide ... 47

metronidazole 48, 83, 140
metyrosine 45
mexiletine hcl 25
Mibelas 24 Fe 71
miconazole 3 140
MICRODOT PEN NEEDLE 107
microgestin 1.5/30 71
microgestin 1/20 71
microgestin fe 1.5/30 71
microgestin fe 1/20 71
midazolam hcl 97
midazolam hcl (pf) 96
midodrine hcl 141
mifepristone 37, 85
migergot 110
miglitol 34
miglustat 94
mili 71
milk of magnesia 99
milrinone lactate 67
milrinone lactate in dextrose 67
mimvey 89
minocycline hcl 133, 134
minoxidil 48
mirabegron er 136
mirtazapine 32
misoprostol 136
mitigo 21
mm aspirin 19
mm clearlax 98
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 107
MM PEN NEEDLES 107
M-M-R II 138
M-NATAL PLUS 118
modafinil 15
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y 139
moexipril hcl 45
molindone hcl 59
mometasone furoate 82, 120
mondoxyne nl 134
monoject flush syringe 112
MONOJECT INSULIN SYRINGE 107
monoject sodium chloride flush 112
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 107
mono-linyah 71
MONOVISC 120
montelukast sodium 27
morphine sulfate 21
morphine sulfate (concentrate) 21
morphine sulfate (pf) 21
morphine sulfate er 21
morphine sulfate er beads 21
MOUNJARO 37
moxifloxacin hcl 89, 122
moxifloxacin hcl (2x day) 122
MRESVIA 139
MS INSULIN SYRINGE 107
multiple electro type 1 ph 5.5 111
multiple electro type 1 ph 7.4 111
multivitamin w/fluoride 117
multi-vitamin/fluoride 117
multi-vitamin/fluoride/iron 117
mupirocin 78
MVASI 56
my choice 73
my way 73
mycophenolate mofetil 113
mycophenolate sodium 113
mycophenolic acid 113
MYLERAN 50
MYRBETRIQ 136
na ferric gluc cplx in sucrose 96
na sulfate-k sulfate-mg sulf 97
nabumetone 17
nadolol 64
nafcillin sodium 126
naftifine hcl 78
nalbuphine hcl 22
naloxone hcl 40
naltrexone hcl 40
naproxen 17
naproxen dr 17
naproxen sodium 17
naratriptan hcl 110
NATALVIT 118
nateglinide 37
nebivolol hcl 64
Nebusal 76
necon 0.5/35 (28) 71
nefazodone hcl 33
neomycin sulfate 15
neomycin-bacitracin zn-polymyx 122
neomycin-polymyxin b gu 92
neomycin-polymyxin-dexameth 123, 124
neomycin-polymyxin-gramicidin 122
neomycin-polymyxin-hc 124, 125
neo-polycin 122
neo-polycin hc 124
nephro vitamins 116
NEPHRO-VITE 116
neuac 77
NEULASTA 95
NEULASTA ONPRO 95
nevirapine 61
nevirapine er 61
new day 73
niacin (antihyperlipidemic) 44
niacin er (antihyperlipidemic) 44
niacor 44
nicardipine hcl 66
NICODERM CQ 131
NICORETTE 131
NICORETTE MINI 131
NICORETTE STARTER KIT 131
NICOTINE 131
nicotine 131
nicotine mini 131
nicotine polacrilex 131
nicotine polacrilex mini 131
nicotine step 1 131
nicotine step 2 131
nicotine step 3 131
NICOTROL 131
NICOTROL NS 131
nifedipine 66
nifedipine er 66
nifedipine er osmotic release 66
nikki 71
nilutamide 50
nimodipine 66
nisoldipine er 66
nitazoxanide 48
nitisinone 86
NITRO-DUR 23
nitrofurantoin 49
nitrofurantoin macrocrystal 49
nitrofurantoin monohyd macro 49
nitroglycerin 23
nitroglycerin in d5w 23
NIVA-PLUS 118
nizatidine 135
nora-be 74
norelgestromin-eth estradiol 72
norethin ace-eth estrad-fe 71
norethindrone 74
norethindrone acetate 127
norethindrone acet-ethinyl est 72
norethindrone-eth estradiol 89
norethindron-ethinyl estrad-fe 74
norethin-eth estradiol-fe 72
norgesic 120
norgestimate-eth estradiol 72
norgestim-eth estrad triphasic 74
norlyroc 74
normal saline flush 112
NORPACE CR 24
nortrel 0.5/35 (28) 72
nortrel 1/35 (21) 72
nortrel 1/35 (28) 72
nortrel 7/7/7 74
nortriptyline hcl 34
NOVAREL 87
novavax covid-19 vaccine 139
NOVOFINE PEN NEEDLE 107
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 107
np thyroid 134
NUBEQA 50
NUCALA 27
NURTEC 110
nyamyc 78
nylia 1/35 72
nylia 7/7/7 74
nystatin 41, 78
nystatin-triamcinolone 78
nystop 78
ocella 72
OCTAGAM 126
OFEV 133
ofloxacin 89, 122, 125
olanzapine 60
olanzapine-fluoxetine hcl 132
olmesartan medoxomil 46
olmesartan medoxomil-hctz 46
olmesartan-amlodipine-hctz 47
olopatadine hcl 120
omega-3-acid ethyl esters 42
omeprazole 135

OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 ... 102
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 ... 102
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 ... 102
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS ... 103
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) ... 103
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) ... 103
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) ... 103
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ... 103
ondansetron ... 40
ondansetron hcl ... 40
ONE VITE WOMENS PLUS ... 118
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ... 99
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G ... 102
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G ... 102
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING ... 102
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING ... 102
ONETOUCH ULTRA ... 84
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST ... 84
ONETOUCH ULTRA TEST ... 84
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS ... 102
ONETOUCH VERIO ... 84
opcicon one-step ... 73
OPILL ... 74
OPSUMIT ... 67
option 2 ... 73
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE ... 140
OPVEE ... 40
OPZELURA ... 80
oralone ... 115
ORILISSA ... 86
orlistat ... 13
Ormalvi ... 84
orphenadrine citrate ... 120
orphenadrine citrate er ... 120
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ... 120
orphengesic forte ... 120
ORTHOVISC ... 120
oseltamivir phosphate ... 63
osmitrol ... 85
OTEZLA ... 17, 18
oxacillin sodium ... 126
oxaprozin ... 17
oxazepam ... 24
oxcarbazepine ... 30
oxcarbazepine er ... 30
oxiconazole nitrate ... 82
oxybutynin chloride ... 136
oxybutynin chloride er ... 136
oxycodone hcl ... 21
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ... 22
oxycodone-acetaminophen ... 22
oxymorphone hcl ... 21
oxymorphone hcl er ... 21
oxytocin ... 125
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) ... 37
OZEMPIC (1 MG/DOSE) ... 37
OZEMPIC (2 MG/DOSE) ... 37
pacerone ... 25
paliperidone er ... 57, 58
palonosetron hcl ... 40
pantoprazole sodium ... 135
paricalcitol ... 87
paroxetine hcl ... 33
paroxetine hcl er ... 33
paroxetine mesylate ... 132
PAXLOVID (150/100) ... 62
PAXLOVID (300/100) ... 62
pazopanib hcl ... 53
PC UNIFINE PENTIPS ... 107
PEDIARIX ... 134
PEDVAX HIB ... 137
peg 3350 ... 98
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 97
peg-3350/electrolytes ... 97
peg-3350/electrolytes/ascorbat ... 97
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c ... 97
pen needle/5-bevel tip ... 107
PEN NEEDLES ... 107
PEN NEEDLES 5/16" ... 107
PENBRAYA ... 137
penciclovir ... 80
penicillamine ... 113
penicillin g potassium ... 126
penicillin g sodium ... 126
penicillin v potassium ... 126
PENTACEL ... 134
pentamidine isethionate ... 48
PENTASA ... 90
pentazocine-naloxone hcl ... 22
PENTIPS ... 107
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES ... 107
pentobarbital sodium ... 96
pentoxifylline er ... 93
perindopril erbumine ... 45
periogard ... 114
permethrin ... 83
perphenazine ... 59
perphenazine-amitriptyline ... 130
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y ... 139
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y ... 139
pfizerpen ... 126
PHEBURANE ... 88
phendimetrazine tartrate ... 13
phenelzine sulfate ... 32
phenobarbital ... 96
phenobarbital sodium ... 96
phenoxybenzamine hcl ... 45
phentermine hcl ... 13
phentolamine mesylate ... 45
phenylephrine hcl ... 122
PHENYTEK ... 31
phenytoin ... 32
phenytoin infatabs ... 32
phenytoin sodium ... 32
phenytoin sodium extended ... 32
philith ... 72
phillips milk of magnesia ... 99
phospha 250 neutral ... 111
phosphorous ... 111
phospho-trin k500 ... 112
physiolyte ... 113
physiosol irrigation ... 113
phytonadione ... 141
pilocarpine hcl ... 115, 122
pimecrolimus ... 83
pimozide ... 130
pimtrea ... 69
pindolol ... 64
pioglitazone hcl ... 39
pioglitazone hcl-glimepiride ... 39
pioglitazone hcl-metformin hcl ... 39
pip pen needles 31g x 5mm ... 107
pip pen needles 32g x 4mm ... 107
piperacillin sod-tazobactam so ... 126
pirfenidone ... 133
piroxicam ... 17
PLEGRIDY ... 129
PLEGRIDY STARTER PACK ... 129
plenamine ... 121
PNEUMOVAX 23 ... 137
pnv prenatal plus multivit+dha ... 118
pnv-dha ... 119
pnv-select ... 118
podofilox ... 82
polocaine ... 100
polocaine-mpf ... 100
polycin ... 122
polyethylene glycol 3350 ... 98
polymyxin b sulfate ... 49
polymyxin b-trimethoprim ... 122
POLY-TUSSIN AC ... 77
POMALYST ... 52
portia-28 ... 72
posaconazole ... 41
potassium chloride ... 112
potassium chloride crys er ... 112
potassium chloride er ... 112
potassium citrate er ... 92
potassium cl in dextrose 5% ... 111
potassium phosphates ... 112
pramipexole dihydrochloride ... 57
pramipexole dihydrochloride er ... 57
PRAMOSONE ... 83
prasugrel hcl ... 94
pravastatin sodium ... 43
praziquantel ... 23
prazosin hcl ... 47
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE ... 107
prednisolone ... 75
prednisolone acetate ... 124
prednisolone sodium phosphate ... 75
prednisone ... 76
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE ... 107

PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 107
pregabalin 30
pregabalin er 130
PREMARIN 89, 140
PREMPHASE 89
PREMPRO 89
prena 1 true 119
PRENATAL 118
PRENATAL (W/IRON & FA) 118
PRENATAL 19 118
prenatal 19 118
PRENATAL COMPLETE 118
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 119
PRENATAL PLUS 118
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 118
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL 118
PRENATAL VITAMINS 118
PRENATAL-U 118
prevalite 43
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 107
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 107
PREVNAR 20 137
PREZISTA 61
PRIFTIN 50
primidone 31
PRIORIX 138
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 107
PRO COMFORT PEN NEEDLES 107
PROAIR RESPICLICK 27
probenecid 93
procainamide hcl 25
procentra 12
prochlorperazine 59
prochlorperazine edisylate 59
prochlorperazine maleate 59
PROCRIT 95
PROCTOCORT 23
procto-med hc 23
proctosol hc 23
proctozone-hc 23
PRODIGY INSULIN SYRINGE 107
progesterone 127
PROLIA 88
PROMACTA 96
promethazine hcl 42
promethazine vc 76
promethazine-codeine 77
promethazine-dm 76
promethazine-phenylephrine 76
promethegan 42
propafenone hcl 25
propafenone hcl er 25
proparacaine hcl 123
propofol 91
propranolol hcl 64
propranolol hcl er 64
propylthiouracil 134
PROQUAD 138
protamine sulfate 94
protriptyline hcl 34
PROVIDA OB 118
pseudoeph-bromphen-dm 76
Pulmosal 76
PULMOZYME 133
PURE COMFORT PEN NEEDLE 107
pure comfort safety pen needle 107
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 107
PX INSULIN SYRINGE 107
PX MINI PEN NEEDLES 107
PX PEN NEEDLE 107
pyrazinamide 50
pyridostigmine bromide 49
pyridostigmine bromide er 49
pyrimethamine 49
qc aspirin low dose 19
qc b50 prolonged release 117
qc b-complex/vitamin c 115
qc childrens aspirin 19
qc folic acid 95
qc gentle laxative 100
qc gentle laxative womens 100
qc laxative 100
qc magnesium citrate 99
qc milk of magnesia 99
qc natura-lax 98
qc nicotine transdermal system 131
QC PEN NEEDLES 107
QC PRENATAL 118
QC UNIFINE PENTIPS 107
QUADRACEL 134
quazepam 97
quetiapine fumarate 58
quetiapine fumarate er 58
quin b strong b-25 117
quinapril hcl 45
quinapril-hydrochlorothiazide 44
quinidine gluconate er 25
quinidine sulfate 25
quinine sulfate 49
QULIPTA 110
QVAR REDIHALER 28
ra aspirin adult low dose 19
ra aspirin adult low strength 19
ra aspirin childrens 19
ra aspirin ec 19
ra aspirin ec adult low st 19
ra balanced b-100 117
ra balanced b-100 cr 117
ra balanced b-50 117
ra balanced b-50 tr 117
ra b-complex 115
ra b-complex with b-12 115
ra folic acid 95
RA INSULIN SYRINGE 107
ra laxative 98, 100
ra magnesium citrate 99
ra milk of magnesia 99
ra mini nicotine 131
ra nicotine 132
ra nicotine gum 132
ra nicotine polacrilex 132
RA PEN NEEDLES 107
RA PRENATAL 118
ra womens laxative 100
RABAVERT 139
raloxifene hcl 88
ramelteon 97
ramipril 45
ranolazine er 23
rasagiline mesylate 56
RASUVO 15
raya sure pen needle 107
react 73
REALITY INSULIN SYRINGE 107
REBIF 129
REBIF REBIDOSE 129
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 129
REBIF TITRATION PACK 129
reclipsen 72
RECOMBIVAX HB 139
RELENZA DISKHALER 63
RELION INSULIN SYRINGE 108
RELION MINI PEN NEEDLES 108
RELION PEN NEEDLES 108
RELION SHORT PEN NEEDLES 108
REMICADE 91
remifentanil hcl 21
renal vitamin 116
rena-vite 116
repaglinide 37
REPATHA 44
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 44
REPATHA SURECLICK 44
RESTASIS 123
RESTASIS MULTIDOSE 123
RETACRIT 95
REVLIMID 113
revonto 120
REXTOVY 40
REXULTI 59, 60
REYATAZ 61
ribavirin 63, 64
RIDAURA 16
rifabutin 50
rifampin 50
riluzole 121
rimantadine hcl 63
ringers 111
ringers irrigation 113
RINVOQ 15
RINVOQ LQ 15
risedronate sodium 85
risperidone 58
risperidone microspheres er 58
ritonavir 61
rivastigmine 127
rivastigmine tartrate 127
rivelsa 73
rizatriptan benzoate 110

rocuronium bromide 121
roflumilast 27
ropinirole hcl 57
ropinirole hcl er 57
ropivacaine hcl 100
rosuvastatin calcium 43
ROTARIX 139
ROTATEQ 139
roweepra 31
RUCONEST 93
rufinamide 31
RYBELSUS 37
safety pen needles 108
sajazir 93
saline flush 112
sapropterin dihydrochloride 87, 88
SAXENDA 13
sb bisacodyl laxative ec 100
sb childrens aspirin 19
sb gentle lax-women 100
SB INSULIN SYRINGE 108
sb low dose asa ec 19
sb magnesium citrate 99
sb milk of magnesia 99
sb polyethylene glycol 3350 98
scopolamine 41
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 108
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 108
SELECT-OB 118
selegiline hcl 56
SELENIOUS ACID 112
selenium sulfide 80
SE-NATAL 19 119
sensorcaine 100
sensorcaine/epinephrine 100
sensorcaine-mpf 100
sensorcaine-mpf/epinephrine 100
SEREVENT DISKUS 27
sertraline hcl 33
setlakin 73
sevelamer carbonate 91
sevelamer hcl 91
sevoflurane 92
sf 115
sf 5000 plus 115
sharobel 74
SHINGRIX 139
sildenafil citrate 68
silodosin 92
silver sulfadiazine 80
SIMBRINZA 121
simliya 69
simpesse 73
SIMPONI 16
SIMPONI ARIA 16
simvastatin 43
sirolimus 113
SKYRIZI 79, 91
SKYRIZI PEN 79
SKYTROFA 86
sm aspirin adult low strength 20
sm aspirin ec low strength 20
sm aspirin low dose 20
sm b super vitamin complex 116
sm b100 complex 117
sm balanced b-100 116
sm balanced b-50 116
sm b-complex 117
SM B-COMPLEX/VITAMIN C 116
sm clearlax 98
sm folic acid 95
sm gentle laxative 100
sm milk of magnesia 99
sm nicotine 132
sm nicotine polacrilex 132
SM PRENATAL VITAMINS 119
sm super b complex/c 116
sm vitamin b complex/vitamin c 116
smooth lax 98
sodium acetate 111
sodium bicarbonate 111
sodium chloride 76, 92, 112
sodium chloride (pf) 112
sodium fluoride 111, 115
sodium fluoride 5000 enamel 114
sodium fluoride 5000 plus 115
sodium fluoride 5000 ppm 115
sodium fluoride 5000 sensitive 114
sodium phenylbutyrate 88
sodium phosphates 112
sodium polystyrene sulfonate 114
sodium tetradecyl sulfate 114
SODIUM THIOSULFATE 40
solifenacin succinate 136
SOLIQUA 37
SOLTAMOX 51
SOLU-CORTEF 76
SOMATULINE DEPOT 88
SOMAVERT 86
sorafenib tosylate 53
sotalol hcl 65
sotalol hcl (af) 65
SOTRADECOL 114
sotradecol 114
SPIKEVAX 140
spinosad 83
SPIRIVA HANDIHALER 27
SPIRIVA RESPIMAT 27
spironolactone 85
spironolactone-hctz 84
sprintec 28 72
sps (sodium polystyrene sulf) 114
sronyx 72
ssd 80
st joseph aspirin 20
st joseph low dose 20
STAMARIL 140
STELARA 79, 91
sterile water for irrigation 113
STIOLTO RESPIMAT 26
STIVARGA 53
STRENSIQ 87
streptomycin sulfate 15
stress formula (folic acid) 116
STRIBILD 60
subvenite 31
subvenite starter kit-blue 31
subvenite starter kit-green 31
subvenite starter kit-orange 31
sucralfate 135
SUFENTANIL CITRATE 21
sulconazole nitrate 82
sulfacetamide sodium 124
sulfacetamide sodium (acne) 77
sulfacetamide-prednisolone 124
sulfadiazine 133
sulfamethoxazole-trimethoprim 48
sulfasalazine 90
sulfatrim pediatric 48
sulindac 17
sumatriptan 110
sumatriptan succinate 110, 111
sumatriptan succinate refill 110
sunitinib malate 53
super b complex/fa/vit c 116
super b complex/vitamin c 116
super b-complex 117
super b-complex + vitamin c 116
super b-complex/vit c/fa 116
super dec b-100 117
super quints b-50 117
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 108
SURE COMFORT PEN NEEDLES 108
sure comfort pen needles 108
SUTAB 97
syeda 72
SYMLINPEN 120 34
SYMLINPEN 60 34
SYNAREL 87
SYNJARDY 38
SYNJARDY XR 38
SYNVISC 120
SYNVISC ONE 120
TABLOID 51
tacrolimus 83, 113
tadalafil 68
tadalafil (pah) 68
TAFINLAR 52
tafluprost (pf) 124
take action 73
TAKHZYRO 93
TALTZ 79
tamoxifen citrate 51
tamsulosin hcl 92
taperdex 12-day 76
taperdex 6-day 76
taperdex 7-day 76
tarina 24 fe 72
tarina fe 1/20 eq 72
TARON-C DHA 119
TASIGNA 52
tasimelteon 97
tavaborole 83
taysofy 72
tazarotene 80
tazicef 69

TDVAX 134
TECHLITE INSULIN SYRINGE 108
TECHLITE PEN NEEDLES 108
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 108
telmisartan 46
telmisartan-amlodipine 46
telmisartan-hctz 46
temazepam 97
temozolomide 54
tencon 18
TENIVAC 134
tenofovir disoproxil fumarate 62
terazosin hcl 47
terbinafine hcl 41
terbutaline sulfate 27
terconazole 140
teriflunomide 128
teriparatide 87
TERIPARATIDE 87
terrell 92
testosterone 22, 23
testosterone cypionate 22
testosterone enanthate 22
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD 135
tetrabenazine 128
tetracaine hcl 123
tetracycline hcl 134
THALOMID 112
THEO-24 28
theophylline 28
theophylline er 28
thiamine hcl 141
thioridazine hcl 59
thiothixene 60
thrive 132
THRIVITE RX 119
tiadylt er 66
tiagabine hcl 31
TICOVAC 140
tilia fe 74
timolol hemihydrate 121
timolol maleate 65, 121
timolol maleate (once-daily) 121
timolol maleate ocudose 121
timolol maleate pf 121, 122
tinidazole 48
tiopronin 92
tiotropium bromide monohydrate 27
tirofiban hcl in nacl 93
tis-u-sol 113
TIVICAY 61
TIVICAY PD 61
tizanidine hcl 120
TOBRADEX 124
tobramycin 15, 122
tobramycin sulfate 15
tobramycin-dexamethasone 124
TODAY SPONGE 140
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 108
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 108
tolcapone 56
tolmetin sodium 17
tolterodine tartrate 136
tolterodine tartrate er 136
tolvaptan 88
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 108
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 108
topiramate 31
topiramate er 31
toremifene citrate 51
Torpenz 53
torsemide 85
TOUJEO MAX SOLOSTAR 36
TOUJEO SOLOSTAR 36
tovet 82
TRACLEER 67
tramadol hcl 21, 22
tramadol hcl (er biphasic) 21
tramadol hcl er 21
tramadol-acetaminophen 22
trandolapril 45
trandolapril-verapamil hcl er 44
tranexamic acid 96
tranylcypromine sulfate 32
travoprost (bak free) 124
trazodone hcl 33
TRELEGY ELLIPTA 26
TRELSTAR MIXJECT 55
TREMFYA 79
treprostinil 67
TRESIBA 37
TRESIBA FLEXTOUCH 37
tretinoin 55, 78
tretinoin microsphere 78
tretinoin microsphere pump 78
TREXALL 51
trezix 20
triamcinolone acetonide 82, 115
triamterene 85
triamterene-hctz 84
triazolam 97
TRICARE 119
Tridacaine Ii 82
Tridacaine Iii 82
triderm 82
trientine hcl 113
tri-estarylla 74
trifluoperazine hcl 59
trifluridine 123
trihexyphenidyl hcl 56
TRIJARDY XR 37, 38
TRIKAFTA 133
tri-legest fe 74
tri-linyah 74
tri-lo-estarylla 75
tri-lo-marzia 75
tri-lo-mili 75
tri-lo-sprintec 75
trimethobenzamide hcl 41
TRIMETHOPRIM 48
tri-mili 75
trimipramine maleate 34
TRINATAL RX 1 119
trinate 119
TRINTELLIX 33
tri-sprintec 75
TRIUMEQ 60
TRIUMEQ PD 60
tri-vite/fluoride 117
trivora (28) 75
tri-vylibra 75
tri-vylibra lo 75
tropicamide 122
trospium chloride 136
trospium chloride er 136
true comfort insulin syringe 108
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 108
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 108
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 108
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 108
true folic acid 95
true laxative 98
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 108
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 108
TRUEPLUS PEN NEEDLES 108
TRULICITY 37
TRUMENBA 137
Turqoz 72
TWINRIX 138
tydemy 72
TYPHIM VI 137
UBRELVY 110
UDENYCA 95
UDENYCA ONBODY 95
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 108
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT 108
ULTICARE INSULIN SYRINGE 108
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 108
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 108
ULTICARE PEN NEEDLES 109
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 109
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 109
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 109
ULTILET PEN NEEDLE 109
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 109
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 109
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 109
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 109
ULTRA THIN PEN NEEDLES 109
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 109
ULTRACARE PEN NEEDLES 109

ULTRA-THIN II INS SYR SHORT .109
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 109
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 109
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 109
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 109
UNIFINE PENTIPS 109
UNIFINE PENTIPS PLUS 109
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 109
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 109
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 109
unithroid 134
ursodiol 89
VABYSMO 122
valacyclovir hcl 63
valganciclovir hcl 62
valproate sodium 32
valproic acid 32
VALSARTAN 46
valsartan 46
valsartan-hydrochlorothiazide 46
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 109
vancomycin hcl 48
VANCOMYCIN HCL 48
VANDAZOLE 140
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 109
VAQTA 140
vardenafil hcl 68
varenicline tartrate 132
varenicline tartrate (starter) 132
varenicline tartrate(continue) 132
VARIVAX 140
VASCEPA 42
vasopressin 88
vasopressin +rfid 88
VAXCHORA 137
VAXELIS 135
VAXNEUVANCE 137
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 140
vecuronium bromide 121
velivet 75
VEMLIDY 62
venlafaxine hcl 33
venlafaxine hcl er 33
VENOFER 96
VENTAVIS 67
verapamil hcl 66, 67
verapamil hcl er 66
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 109
VERIFINE INSULIN SYRINGE 109
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 109
VERZENIO 54
vestura 72
vienva 72
vigabatrin 31
vigadrone 31
Vigadrone 31
Vigpoder 31
vilazodone hcl 33
VIOKACE 84
viorele 69
VIREAD 62
VITAFOL GUMMIES 119
vitamin b complex 115
vitamin b complex w/b-12 115
vitamin d (ergocalciferol) 141
vitamin k1 141
vitamin-b complex 115
VIVOTIF 137
volnea 69
voriconazole 42
VOSEVI 63
VP INSULIN SYRINGE 109
VRAYLAR 57
VUMERITY 129
vyfemla 72
vylibra 72
VYVANSE 13
WAKIX 13
warfarin sodium 28
water for irrigation, sterile 113
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 109
WEGOVY 13
wera 72
wesnatal dha complete 119
WESTAB PLUS 119
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 101
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 101
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 101
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 101
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 101
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 102
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 102
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 102
wixela inhub 26
womans laxative 100
womens laxative 100
wymzya fe 72
XALKORI 51
XARELTO 28
XARELTO STARTER PACK 28
XELJANZ 15
XELJANZ XR 15
XEMBIFY 126
XIFAXAN 48
XIGDUO XR 38
XIIDRA 122
XOFLUZA (40 MG DOSE) 63
XOFLUZA (80 MG DOSE) 63
XOLAIR 26
XTANDI 50
xulane 72
XULTOPHY 37
XYOSTED 23
Yargesa 94
YF-VAX 140
yl balanced b-100 117
yl folic acid 95
yuvafem 140
zafemy 72
zafirlukast 27
zaleplon 97
ZARXIO 96
ZEGALOGUE 35
ZELBORAF 52
zenatane 78
ZENPEP 84
zenzedi 13
ZEPBOUND 13
ZEPOSIA 132
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK132
ZEPOSIA STARTER KIT 132
ZEVRX INSULIN SYRINGE 110
ZEVRX PEN NEEDLES 110
zidovudine 62
ZILXI 83
ZIMHI 40
zinc sulfate 112
ziprasidone hcl 57
ziprasidone mesylate 57
ZOLINZA 52
zolmitriptan 111
zolpidem tartrate 97
zolpidem tartrate er 97
zonisamide 31
ZORYVE 80
zovia 1/35 (28) 72
zumandimine 72
ZYLET 124

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

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 مجانًا. 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 ਮੁਫ਼ਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

Navajo
Bee ná ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehji níká a'doowołt'áá jiik'e. Naaltsoos bee atah nílínígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áaji' hodíílnih. Naaltsoos bee atah nílínígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áaji' hodíílnih. (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.