Lista de medicamentos esenciales

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 para Miembros que figura en tu tarjeta de identificación.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Tarifa</th>
<th>Clasificación</th>
<th>Deducción Rx</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>$5/15/$25/$45/30 % hasta $250</td>
<td>$5/20/$40/$60/30 % hasta $250 ded. de Rx $150</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/15/$30/$50/30 % hasta $250</td>
<td>$5/20/$40/$75/30 % hasta $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/15/$40/$60/30 % hasta $250</td>
<td>$5/20/$40/$75/30 % hasta $250 ded. de Rx $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/15/$50/$65/30 % hasta $250 después del deducible</td>
<td>$5/20/$50/$65/30 % hasta $250 ded. de Rx $500</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/20/$30/$50/30 % hasta $250</td>
<td>$5/20/$50/$70/30 % hasta $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/20/$40/$60/30 % hasta $250</td>
<td>$5/20/$50/$70/30 % hasta $250 después del deducible</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Algunas cosas para recordar:

- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio anthem.com/ca/pharmacyinformation. 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/pharmacyinformation.

- 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

#### Cuatro Niveles

#### Tabla de contenido

<table>
<thead>
<tr>
<th>Sección</th>
<th>Página</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INFORMATIONAL SECTION</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESEITY/ANOREXIANTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AMINOGLYCOSIDES</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESICS - NONNARCOTIC</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESICS - OPIOID</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANDROGENS-ANABOLIC</em> - HORMONES</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANORECTAL AGENTS</em> - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTHELMINTICS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIANGINAL AGENTS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIANXIETY AGENTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTARRHYTHMICS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS</em> - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICOAGULANTS</em> - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICONVULSANTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDEPRESSANTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDIABETICS</em> - HORMONES</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIARRHEALS</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS</em> - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIOTES</em> - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIEMETICS</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIFUNGALS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIHISTAMINES</em> - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIHYPERTENSIVES</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMALARIALS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMYASTHENIC AGENTS</em> - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS</em> - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES</em> - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIPARKINSON AGENTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIVIRALS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ASSORTED CLASSES</em> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td><em>BETA BLOCKERS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CARDIOTONICS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORINS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CONTRACEPTIVES</em> - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CORTICOSTEROIDS</em> - HORMONES</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td><em>COUGH/COLD/ALLERGY</em> - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DERMATOLOGICALS</em> - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIAGNOSTIC PRODUCTS</em></td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIGESTIVE AIDS</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIURETICS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.</em> - HORMONES</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGENS</em> - HORMONES</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FLUOROQUINOLONES</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GENERAL ANESTHETICS</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GENTOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS</em> - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GLYCOPEPTIDES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GOUT AGENTS</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>83</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TOC-2
Lista de medicamentos esenciales – Sección informativa

Definiciones

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

“Medicamento de MARCA” indica que el medicamento se comercializa con un nombre protegido con una marca registrada de un propietario. Los medicamentos de MARCA de este formulario están escritos en MAYÚSCULAS.

“Coseguro” es el porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que debes pagar luego de que hayas pagado el deducible, en el caso de que el beneficio tenga un deducible.

“Copago” es el monto fijo en dólares de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que debes pagar luego de que hayas pagado el deducible, en el caso de que el beneficio tenga un deducible.

“Deducible” es el monto que debes pagar por los beneficios de cuidado de la salud que están sujetos al deducible antes de que tu seguro de salud comience a pagar. Si tu póliza de seguro médico tiene un deducible, puede tener un único deducible o deducibles distintos para beneficios médicos y para beneficios para medicamentos recetados. Luego de pagar el deducible, por lo general, solo debes pagar un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Tu compañía de seguros paga el resto.

“Optimización de la dosis (DO)” significa optimización de la dosis. Por lo general, esto significa que es posible que debas pasar de tomar un medicamento dos veces al día a tomar una dosis más alta una vez al día.

“Nivel del medicamento” hace referencia a un grupo de medicamentos recetados que pertenecen a un nivel de costo compartido especificado en tu póliza de seguro médico. El nivel del medicamento en el que se encuentra un medicamento recetado determina la parte del costo que deberás pagar por el medicamento.

“Solicitud de excepción” hace referencia a una solicitud para la cobertura de un medicamento fuera del formulario. Si tú, la persona que designaste o tu proveedor de cuidado de la salud recetador envía una solicitud para la cobertura de un medicamento fuera del formulario, tu aseguradora debe cubrir el medicamento fuera del formulario cuando la toma de dicho medicamento sea necesaria por motivos médicos.

“Circunstancias apremiantes” es cuando estás padeciendo una afección que puede poner en grave riesgo tu vida, tu salud o tu capacidad para recuperar el máximo de las funciones, o cuando estás realizando un tratamiento con un medicamento fuera del formulario.

“Formulario” o “lista de medicamentos recetados” es la lista de medicamentos que cubre tu póliza de seguro médico conforme al beneficio para medicamentos recetados de la póliza.

“Medicamento genérico” hace referencia a un medicamento que es el mismo a su equivalente de MARCA en dosis, concentración, efecto, forma en que se toma, calidad, seguridad y uso previsto. Los medicamentos genéricos de este formulario están escritos en cursiva y en minúscula.

“Distribución limitada (LD)” significa distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles únicamente en determinadas farmacias o mediante mayoristas, según lo que decida el fabricante.

“Necesario por motivos médicos” implica beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección o sus síntomas, y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina. El seguro médico no suele cubrir beneficios de cuidado de la salud que no son necesarios por motivos médicos.

“Medicamento fuera del formulario” es un medicamento recetado que no figura en este formulario.
“Quimioterapia por vía oral (OC)” Independientemente de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares ($200) por una receta individual de hasta un suministro para 30 días de un medicamento recetado para combatir el cáncer administrado por vía oral y cubierto por la póliza.

“Gastos de bolsillo” hace referencia a tus gastos por los beneficios de cuidado de la salud que no reembolsa tu seguro médico. Los gastos de bolsillo incluyen deducibles, copagos y coseguros por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, más todos los gastos por los beneficios de cuidado de la salud no cubiertos.

“Proveedor recetador” hace referencia a un proveedor de cuidado de la salud que puede hacer una receta de un medicamento para diagnosticar, tratar o prevenir una afección.

“Receta” hace referencia a una orden oral, escrita o digital de un proveedor recetador donde se autoriza que se le suministre un medicamento recetado a una persona específica.

“Medicamento recetado” es un medicamento que por ley requiere una receta.

“Autorización previa (PA)” es una decisión de tu seguro médico de que un beneficio de cuidado de la salud es necesario para tí por motivos médicos. Si un medicamento recetado está sujeto a una autorización previa en este formulario, tu proveedor recetador deberá solicitar la aprobación de tu seguro médico para que cubra el medicamento antes de abastecer tu receta. Tu seguro médico debe aprobar una solicitud de autorización previa cuando la toma del medicamento es necesaria por motivos médicos.

“Límite de cantidad (QL)” es una restricción del seguro médico de la cantidad de dosis de un medicamento recetado durante un período de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.

“Medicamentos especializados (SP)” hace referencia a los medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones complejas y crónicas. Es posible que debas obtener este medicamento en una farmacia de medicamentos especializados.

“Terapia escalonada (ST)” indica una secuencia específica en la que se deben probar los medicamentos recetados para una afección en particular. Si un medicamento está sujeto a la terapia escalonada en este formulario, es posible que debas probar uno o más medicamentos antes de que tu póliza de seguro médico cubra ese medicamento para tu afección. Si tu proveedor recetador envía una solicitud de excepción al requisito de la terapia escalonada, tu seguro médico aprobará la solicitud cuando la toma de dicho medicamento sea necesaria por motivos médicos.
Preguntas frecuentes

¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos como beneficios?
Esta es una lista completa de todos los medicamentos de la lista de medicamentos. Pero es posible que haya algún medicamento en esta lista que no esté cubierto, depende de las normas de tu plan.

Tu beneficio de farmacia cubre medicamentos recetados, incluidos los medicamentos especializados, que pueden administrarte como parte de una consulta médica, una visita de cuidado en el hogar o en un centro de cuidados ambulatorios cuando se trata de servicios cubiertos. Los beneficios que recibe en el consultorio de tu proveedor suelen estar cubiertos como beneficio médico. Esto puede incluir medicamentos para terapia de infusión, quimioterapia, productos hemoderivados, ciertos inyectables y cualquier medicamento que deba administrar un proveedor.

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?
(A) Puedes encontrar un medicamento recetado buscando la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece el medicamento o el nombre de MARCA o genérico en el índice ordenado alfabéticamente; y 
(B) Si el equivalente genérico de un medicamento de MARCA no está disponible en el mercado o no está cubierto, el medicamento no se indicará aparte con el nombre genérico.

Puedes buscar en la lista de medicamentos del PDF por:
- Nombre del medicamento, con Ctrl + F en el teclado, luego escribe el nombre del medicamento que estás buscando.
- Clase del medicamento, con las categorías ordenadas alfabéticamente.

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?
- Los medicamentos están ordenados alfabéticamente por nombre de MARCA y nombre genérico en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece.
- El nombre genérico de un medicamento de MARCA se encuentra al lado del nombre de MARCA entre paréntesis y en cursiva y minúsculas.

- Si el equivalente genérico de un medicamento de MARCA está disponible y también cubierto, el medicamento genérico se indicará aparte del medicamento de MARCA en cursiva y en minúsculas.

- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre de MARCA protegido con una marca registrada de un propietario, el nombre de MARCA se indicará luego del nombre genérico entre paréntesis y en tipografía normal con la primera letra de cada palabra en mayúsculas.

La sección “Requisitos y límites de la cobertura” indica si deben concederse una aprobación previa antes de obtener el medicamento (llamada autorización previa o PA), o si antes deben probar otros medicamentos para tu tratamiento (llamada terapia escalonada o ST).

Nota: la presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que tu médico te recetará ese medicamento para una enfermedad particular.

¿Cuáles son mis opciones para obtener mis medicamentos recetados?
Hay muchas formas y lugares para obtener tus medicamentos recetados, como las farmacias de tu localidad de tu plan, la conveniente entrega a domicilio o las farmacias de medicamentos especializados. La mayoría de los planes ofrecen nuestro programa de entrega a domicilio sin costo adicional.

Para encontrar más información, los miembros actuales de Anthem pueden iniciar sesión en anthem.com/ca y elija “Prescription Benefits” (Beneficios de medicamentos recetados) o llamar al 833-236-6196. Para saber más detalles sobre tu cobertura, puedes llamar al número de teléfono que figura en tu tarjeta de identificación del miembro.
¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista?
Sabemos que solo tú y tu médico saben lo que es mejor para ti. Si quieres tomar un medicamento que no está en la lista, es posible que debas pagar el costo total del medicamento. También puedes hablar con tu médico o farmacéutico para ver si hay algún otro medicamento que cubra tu plan que sea igual de efectivo, o si los medicamentos genéricos o de venta libre (OTC) son una opción. Solo tú y tu médico pueden decidir qué medicamentos son adecuados para ti.
Si estás tomando un medicamento que no está cubierto, tu médico puede pedirnos que revisemos la cobertura. Este proceso se denomina aprobación previa o autorización previa.
Tu médico puede comenzar el proceso completando una autorización previa digital, llamando al número de Servicios de Farmacia para Miembros que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro o descargando un formulario de autorización previa de nuestro sitio web y enviándolo. Si se aprueba tu solicitud, el monto que deberás pagar por el medicamento dependerá del beneficio de tu plan.
Tu médico tiene distintas opciones para comenzar el proceso de autorización previa (PA):
2. Inicia sesión en anthem.com/ca y selecciona Pharmacy (Farmacia).
   - Ve a Pharmacy Resources (Recursos de farmacia) y Search Your Drug List (Consultar la lista de medicamentos) para buscar tu medicamento.
   - Selecciona la concentración y composición correcta del medicamento.
   - Desplázate hacia Definition of Restrictions (Definición de restricciones) y busca el formulario para fax en la tabla.
   - Tu médico debe completar y enviarnos el formulario por fax al 844-474-3347.
3. Llama a Servicios de Farmacia para Miembros al número que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro.

¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?
Los medicamentos de la lista son revisados a través de nuestro proceso de Farmacia y servicios terapéuticos (P&T). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de cuidado de la salud independientes deciden qué medicamentos incluimos en nuestras listas. Este grupo se reúne a menudo para revisar nuestros medicamentos nuevos y existentes, y recomiendan medicamentos en función de qué tan seguros y efectivos son y el valor que ofrecen a nuestros miembros.

¿Qué es un medicamento especializado y cómo lo consigo?
Si estás tomando un medicamento que se considera medicamento especializado, es posible que debas ir a una farmacia de medicamentos especializados para que esté cubierto. Los medicamentos especializados vienen en muchas formas, como comprimidos, líquidos, inyecciones, infusiones e inhaladores y pueden necesitar manipulación y almacenamiento especiales. Por lo general, los beneficios para medicamentos especializados que son autoadministrados estarán cubiertos como beneficio de farmacia. Los beneficios para medicamentos especializados que recibes en el consultorio de tu proveedor suelen estar cubiertos como beneficio médico. Si acudes a farmacias que no están en la red, es posible que el medicamento no esté cubierto y que tengas que pagar el costo total. Para saber más detalles sobre tu cobertura, puedes llamar al número de teléfono que figura en tu tarjeta de identificación del miembro.
¿La lista de medicamentos se modifica? Si es así, ¿cómo lo sabré?
Los medicamentos de nuestra lista se revisan y actualizan una vez al mes. En ocasiones, se agregan, eliminan medicamentos, cambian los niveles o se actualizan los requisitos. Normalmente, los cambios comenzarán a regir el primer día del mes. Pero no te preocupes; te avisaremos si un medicamento que estás tomando se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que tomas pasa a un nivel más alto.
Siempre puedes consultar la lista de medicamentos para asegurarte de que los que estás tomando siguen estando. Para ver la lista de medicamentos más actualizada, inicia sesión en anthem.com/ca.

¿Qué tipos de medicamentos puedo encontrar en el formulario?
Cubrimos medicamentos de cuidado preventivo aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sin costo compartido y en conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y las regulaciones estatales de California. Es posible que tu médico deba hacer una receta para que estos servicios de prevención estén cubiertos por tu plan, aunque figuren como medicamentos de venta libre. La disponibilidad o cobertura de estos medicamentos sin costo compartido pueden estar sujetas al criterio establecido por el plan de salud.
Cubrimos equipos y suministros aprobados por la FDA para el tratamiento y el control de la diabetes insulinodependiente, la diabetes no insulinodependiente y la diabetes gestacional, según sea necesario por motivos médicos. Los medicamentos incluyen insulina, bombas de insulina e hipoglucemiantes orales. Los suministros y equipos cubiertos se limitan a medidores de glucosa, tiras reactivas, jeringas y lancetas. Los beneficios cubiertos también incluyen autocontrol ambulatorio y servicios educativos para tratar la diabetes si los servicios se prestan mediante un programa autorizado por el Proyecto de control de la diabetes del Estado dentro del Departamento de Salud.

¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?
Colocamos los medicamentos en diferentes niveles según qué tan efectivos son para mejorar la salud, si hay opciones de venta libre (OTC) y los costos comparados con otros medicamentos usados para el mismo tipo de tratamiento. Mientras más bajo es el nivel, menor es tu parte del costo. Te mostramos un resumen de los niveles de tu plan:

- Los medicamentos del nivel 1 tienen la distribución de costos más baja para ti. En general, son medicamentos con el mejor precio en comparación con otras opciones que tratan las mismas afecciones. Algunos planes dividen el nivel 1 en nivel 1a y nivel 1b:
  - Los medicamentos del nivel 1a tienen la distribución de costos más baja. Suelen ser medicamentos genéricos con el mejor precio en comparación con otras opciones que tratan las mismas afecciones.
  - Los medicamentos del nivel 1b tienen una distribución de costos baja. Suelen ser medicamentos genéricos con el mejor precio en comparación con otras opciones que tratan las mismas afecciones.

- Los medicamentos del nivel 2 tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferida, según su eficacia para mejorar la salud y el costo en comparación con otros medicamentos que se usan 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 un costo compartido más alto. Generalmente, incluyen medicamentos genéricos y de marca que pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección. El nivel 3 también puede incluir medicamentos que la FDA aprobó recientemente.

- Los medicamentos del nivel 4 tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca. Pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para el tratamiento de las mismas afecciones. El nivel 4 también puede incluir medicamentos recién aprobados por la FDA o medicamentos especializados que se utilizan para tratar afecciones graves a largo plazo y pueden requerir una administración especial.

¿Cómo sabré el precio de mi medicamento?
Los miembros actuales de Anthem pueden acceder en línea y, con la herramienta de precios de medicamentos (Price a Medication Tool), obtener los precios específicos de varias farmacias minoristas de tu localidad con tu código postal.

Nota: para los medicamentos de quimioterapia por vía oral: Independientemente de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares ($200) por una receta individual de hasta un suministro para 30 días de un medicamento recetado para combatir el cáncer administrado por vía oral y cubierto por la póliza.

¿Cómo promueve Anthem la seguridad?
Cuando vas a una farmacia, el farmacéutico recibirá un mensaje electrónico de Anthem si un medicamento necesita autorización previa, terapia escalonada o si la cantidad que puede proporcionarse es limitada. Te mostramos de cerca todos los programas que ofrecemos para asegurarnos de que recibas el cuidado que necesitas y, a la vez, de protegerte.

Nuestros programas de edición clínica son los siguientes:
- Autorización previa, la cual requiere que obtengas la aprobación antes de tomar un medicamento. Esto permite asegurarnos de que un medicamento se use adecuadamente y enfocarnos en los medicamentos que pueden tener:
  - Riesgo de provocar efectos secundarios.
  - Riesgo de provocar efectos perjudiciales al tomarlos con otros medicamentos.
  - Probabilidad de uso incorrecto o abuso.
  - Normas para usarlo con determinadas condiciones.
- Terapia escalonada, la cual requiere que primero se prueben otros medicamentos. Apunta a determinar si un medicamento es adecuado para tu afección.
- Optimización de la dosis, la cual implica pasar de tomar una dosis dos veces al día a una vez al día, según sea necesario por motivos médicos. Tomar menos dosis puede disminuir los costos; tomar una única dosis alta de un medicamento una vez al día puede costar menos que tomar una dosis baja dos veces al día.
- Los límites de cantidad imponen un límite en la cantidad indicada en una receta y con qué frecuencia puede reponerse.
  - Si una solicitud de reposición se envía demasiado pronto o el médico receta una cantidad superior a la permitida, el medicamento no tendrá cobertura en ese momento.
  - Si hay motivos médicos para recetar el medicamento con las dosis indicadas originalmente, el médico puede pedir una revisión por parte de nuestro Centro de Autorización Previa.

Además, si estás tomando un medicamento que se considera medicamento especializado, es posible que debas ir a una farmacia de medicamentos especializados para que el medicamento tenga cobertura.

¿Cómo puede mi médico comenzar el proceso de autorización previa?
Si tu medicamento está en nuestro formulario pero requiere una PA o terapia escalonada, tu médico tiene las siguientes opciones para comenzar el proceso de autorización previa (PA):
2. Inicia sesión en anthem.com/ca y selecciona Pharmacy (Farmacia).
   - Ve a Pharmacy Resources (Recursos de farmacia) y Search Your Drug List (Consultar la lista de medicamentos) para buscar tu medicamento.
   - Selecciona la concentración y composición correcta del medicamento.
   - Desplázate hacia Definition of Restrictions (Definición de restricciones) y busca el formulario para fax en la tabla.
   - Tu médico debe completar el formulario y enviarlo por fax a Anthem al 844-474-3347.
3. Llama a Servicios de Farmacia para Miembros al número que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro.

¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?
La terapia escalonada implica probar otros medicamentos antes de que determinados medicamentos tengan cobertura. La farmacia te avisará si la terapia escalonada es necesaria y, de ser así, primero debes probar el medicamento o tratamiento que se indica en el programa. Si el medicamento o tratamiento no sirve para tratar bien el problema de salud, el médico puede comunicarse con nuestro Centro de Autorización Previa para pedir que aprobemos el medicamento original.1

Otros datos sobre el proceso de excepción:
- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa completa o de excepción a la terapia escalonada en el transcurso de las 72 horas de haber recibido una solicitud no urgente y en el transcurso de las 24 horas de haber recibido una solicitud sobre la base de circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podremos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.
- No te preocupes; si has cambiado de póliza, no te pediremos que repitas una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya está en uso para tratar una afección, siempre y cuando el medicamento siga estando recetado correctamente y se considere seguro y eficaz.

Nota sobre los opioides: Es posible que el costo compartido del miembro para determinados opioides que disuaden el abuso sea menor en algunos estados debido a las leyes de dichos estados. Los opioides son un tipo de analgésico. En respuesta a la epidemia mundial de opioides, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. ha alentado a los fabricantes de medicamentos a crear opioides con propiedades que ayuden a disuadir su uso indebido y abuso.

Los medicamentos pueden estar excluidos de la lista según las normas de los beneficios de tu plan.

1 Si el Centro de Autorización Previa concluye que la reclamación de la receta debe ser denegada, los miembros y sus médicos recibirán cartas donde se explica el proceso de apelaciones y/o de quejas.
NOMENCLATURA
A continuación, se encuentran algunos términos y notas que encontrarás en la lista de medicamentos.

Los medicamentos de marca están en MAYÚSCULAS y en negrita.

Los medicamentos genéricos están en minúsculas y en tipografía normal.

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

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

LD = distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles únicamente en determinadas farmacias o mediante mayoristas, según lo que decida el fabricante.

OC = quimioterapia por vía oral. Estos medicamentos después del deducible no excederán los $200 por receta individual de un suministro para hasta 30 días.

PA = autorización previa. Es posible que debas obtener la aprobación de beneficios antes de poder abastecer determinadas recetas.

QL = límites de cantidad. Existen límites en la cantidad de medicamentos cubiertos dentro de un determinado periodo de tiempo.

SP = medicamentos especializados. Los medicamentos especializados son para tratar afecciones complejas y crónicas. Es posible que debas obtener este medicamento en una farmacia de medicamentos especializados.

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

Nivel 1 = los medicamentos de nivel 1 tienen el costo compartido más bajo. Por lo general, son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.

Nivel 1a = los medicamentos de nivel 1a tienen el costo compartido más bajo. Suelen ser medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.

Nivel 1b = los medicamentos de nivel 1b tienen un costo compartido bajo. Por lo general, son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.

Nivel 2 = los medicamentos de nivel 2 tienen un costo compartido más alto que los del nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, en función de qué tan efectivos son y del costo comparados con otros medicamentos usados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos genéricos que pueden costar más porque son nuevos en el mercado.

Nivel 3 = los medicamentos de nivel 3 tienen un costo compartido más alto. Generalmente, incluyen medicamentos genéricos y de marca que pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección.

Nivel 4 = los medicamentos del nivel 4 tienen el costo compartido más alto y, por lo general, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados. Estos pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección.
## Cuatro Niveles

### CURRENT AS OF 4/1/2020

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIIANTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADHD AGENT - SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS</em>** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR</em>** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atomoxetine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AMPHETAMINE MIXTURES</em>** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (amphetamine-dextroamphetamine)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine-dextroamphetamine er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AMPHETAMINES</em>** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine er oral suspension extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methamphetamine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate (Procentra Oral Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VYVANSE ORAL CAPSULE (lisdexamfetamine dimesylate)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE (lisdexamfetamine dimesylate)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>zenzedi oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALEPTICS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>caffeine citrate intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>caffeine citrate oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANOREXIIANTS NON-AMPHETAMINE</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzphetamine hcl oral tablet 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>diethylpropion hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phendimetrazine tartrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phentermine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phentermine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**STIMULANTS - MISC.*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>armodafinil oral tablet 50 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>dextemethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextemethylphenidate hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>modafinil oral tablet 100 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>modafinil oral tablet 200 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**AMÔNÍGLOGYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**

**AMÔNÍGLOGYCOSIDES*** - ANTIBIÓTICS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>amikacin sulfate injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin in saline intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin sulfate injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>paromomycin sulfate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin inhalation nebulization solution</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin sulfate injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANALGÉSICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**

**ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (upadacitinib)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>XELJANZ ORAL TABLET (tofacitinib citrate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG (tofacitinib citrate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG (tofacitinib citrate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 15 MG/0.3ML, 17.5 MG/0.35ML, 20 MG/0.4ML, 22.5 MG/0.45ML, 25 MG/0.5ML, 30 MG/0.6ML, 7.5 MG/0.15ML (methotrexate (anti-rheumatic))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 auto-injector per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 12.5 MG/0.25ML (methotrexate (anti-rheumatic))</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (4 auto-injector per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML &amp; 40MG/0.4ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**NOTA:**
- MARCA = medicamento de marca
- genéricos = medicamento de nombre genérico
- *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.
- Nivel 1 or 1a* = tienen la distribución de costos más baja
- Nivel 1 or 1b* = tienen la distribución de costos más baja
- Nivel 2 = tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1
- Nivel 3 = tienen un costo compartido más alto que los del nivel 2
- Nivel 4 = tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca
- S0 = medicamentos preventivos
- DO = optimización de dosis
- LD = distribución limitada
- PA = autorización previa
- QL = límites de cantidad
- SP = medicamentos especializados
- ST = terapia escalonada

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML &amp; 40MG/0.4ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS</em>** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>celecoxib oral capsule 400 mg</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GOLD COMPOUNDS</em>** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIDAURA ORAL CAPSULE (auranofin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS</em>** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS)</em>** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac potassium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fenoprofen calcium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>flurbiprofen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ibuprofen (Ibu Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibuprofen oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin er oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin oral capsule 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin oral capsule 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoprofen er capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketoprofen oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 syringe per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (20 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>meclofenamate sodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mefenamic acid oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (29 capsule per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>meloxicam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nabumetone oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nabumetone oral tablet 750 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen dr oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen sodium er capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxaprozin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>piroxicam oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulindac oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tolmetin sodium oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tolmetin sodium oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS*

leflunomide oral tablet 2

*SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS*

**ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE** (etanercept) 4 PA; SP; QL (4 cartridge per 28 days)

**ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML** (etanercept) 4 PA; SP; QL (8 syringes per 28 days)

**ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML** (etanercept) 4 PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)

**ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED** (etanercept) 4 PA; SP; QL (8 vials per 28 days)

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (etanercept)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 pens per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER

*ANALGESICS OTHER* - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS
- clonidine hcl (analgesia) epidural solution 1 or 1b*

*ANALGESICS-SEDATIVES* - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS
- butalbital-acetaminophen oral tablet 1 or 1b*
- butalbital-apap-cafeine oral capsule 1 or 1b*
- butalbital-apap-cafeine oral tablet 1 or 1b*
- butalbital-aspirin-cafeine oral capsule 1 or 1b*
- tencon oral tablet 1 or 1b*
- butalbital-apap-cafeine (Zebutal Oral Capsule) 2

*SALICYLATES* - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS
- diflunisal oral tablet 1 or 1b*

*ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER

*CODEINE COMBINATIONS* - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS
- acetaminophen-codeine #2 oral tablet 1 or 1a* QL (6 tablets per 1 day)
- acetaminophen-codeine #3 oral tablet 1 or 1a* QL (6 tablet per 1 day)
- acetaminophen-codeine #4 oral tablet 1 or 1a* QL (6 tablet per 1 day)
- acetaminophen-codeine oral solution 1 or 1a* QL (30 mL per 1 day)
- acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg 1 or 1a* QL (6 tablets per 1 day)
- acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg 1 or 1a* QL (6 tablet per 1 day)
- butalbital-asa-caff-codeine (Ascomp-Codeine Oral Capsule) 1 or 1b* QL (6 capsule per 1 day)
- butalbital-apap-cod oral capsule 50-300-40-30 mg 1 or 1b* QL (6 capsules per 1 day)
- butalbital-apap-cod oral capsule 50-325-40-30 mg 1 or 1b* QL (6 capsule per 1 day)
- butalbital-asa-caff-codeine oral capsule 1 or 1b* 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)
- apap-caff-dihydrocodeine oral tablet 1 or 1b* QL (6 tablets per 1 day)
- apap-caff-dihydrocodeine (Dvorah Oral Tablet) 1 or 1b* QL (6 tablets 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)
- hydrocodone-acetaminophen (Lorcet Hd Oral Tablet) 1 or 1b* QL (6 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hydrocodone-acetaminophen (Lorcet Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-acetaminophen (Lorcet Plus Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-acetaminophen (Vicodin Hp Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**OPIOID AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>duramorph injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl citrate (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl citrate (pf) injection solution cartridge</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4 lozenge per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl citrate buccal tablet</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl transdermal patch 72 hour</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (15 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 12 mg, 16 mg, 32 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 8 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl injection solution 2 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl oral liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (24 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl pf injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 injection per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>levorphanol tartrate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (7 days per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl (Methadone Hcl Intensol Oral Concentrate)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (60 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (12 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral tablet soluble</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl (Methadose Oral Tablet Soluble)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate microinfusion (Mitigo Injection Solution)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate (concentrate) oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 75 mg, 90 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 45 mg, 60 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate intravenous solution 25 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 suppositories per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate rectal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>QL (7 days per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral concentrate</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphine hcl er oral tablet extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphine hcl er oral tablet extended release 12 hour 30 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphine hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphine hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>remifentanil hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er (biphasic) oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**OPIOID COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 7.5-325 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 5-325 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-ibuprofen oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**OPIOID PARTIAL AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>buprenorphine hcl injection solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (3 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablets per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 films per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine transdermal patch weekly</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 package per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butorphanol tartrate injection solution 2 mg/ml</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butorphanol tartrate nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>nalbuphine hcl injection solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRAMADOL COMBINATIONS</strong>* - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol-acetaminophen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>ANDROGENS-ANABOLIC</em> - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANABOLIC STEROIDS</em>** - DRUGS FOR MEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxandrolone oral tablet 10 mg</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANDROGENS</strong>* - DRUGS FOR MEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>danazol oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methyltestosterone oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone cypionate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone enanthate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 pump per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal solution</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 pump bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>ANORECTAL AGENTS</em> - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTRARECTAL STEROIDS</strong>* - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Colocort Rectal Enema)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone rectal enema</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS</strong>* - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone ace-pramoxine rectal cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RECTAL STEROIDS</strong>* - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone rectal cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Procto-Med Hc Rectal Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hydrocortisone (Procto-Pak Rectal Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Proctosol Hc Rectal Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Proctozone-Hc Rectal Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS**

**ANTHELMINTICS*** - DRUGS FOR PARASITES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>albendazole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ivermectin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>praziquantel oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART**

**ANTIANGINALS-OTHER*** - DRUGS FOR ANGINA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**NITRATES*** - DRUGS FOR ANGINA

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DILATRATE-SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (isosorbide dinitrate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide mononitrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin (Minitran Transdermal Patch 24 Hour)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (nitroglycerin)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>nitroglycerin in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin translingual solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitro-time oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**

**ANTIANXIETY AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR ANXIETY

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>buspirone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>droperidol injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine hcl intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine pamoate oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meprobamate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

20
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>alprazolam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alprazolam oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlordiazepoxide hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clorazepate dipotassium oral tablet 3.75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam oral concentrate</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxazepam oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART**

**ANTIARRHYTHMICS - MISC.*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>adenosine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>disopyramide phosphate oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(disopyramide phosphate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>procainamide hcl injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quinidine gluconate er oral tablet extended release</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quinidine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mexiletine hcl oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>flecainide acetate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propafenone hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIARRHYTHMICS TYPE III</strong>* - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiodarone hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiodarone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dofetilide oral capsule</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibutilide fumarate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiodarone hcl (Pacerone Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>ANTIARRHYTHMICS AND BRONCHODILATOR AGENTS</em> - DRUGS FOR THE LUNGS</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5-LIPOXYGENASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zileuton er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ADRENERGIC COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL (fluticasone-salmeterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (umeclidinium-vilanterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone furoate-vilanterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (ipratropium-albuterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DULERA INHALATION AEROSOL (mometasone furo-formoterol fum)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 package per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium-albuterol inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (tiotropium bromide-olodaterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMBICORT INHALATION AEROSOL (budesonide-formoterol fumarate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone-salmeterol (Wixela Inhub Inhalation Aerosol Powder Breath Activated)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 package per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</strong>* - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA ADRENERGICS</strong>* - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate inhalation nebulization solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>metaproterenol sulfate oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (formoterol fumarate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (120 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROAIR HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (albuterol sulfate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (albuterol sulfate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (salmeterol xinafoate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>terbutaline sulfate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terbutaline sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS</em>** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (ipratropium bromide hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium bromide inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (378 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE (tiotropium bromide monohydrate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (tiotropium bromide monohydrate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>montelukast sodium oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>montelukast sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>montelukast sodium oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zafirlukast oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>STEROID INHALANTS</em>** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone furoate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (120 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (60 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST (fluticasone propionate (inhal))</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST (fluticasone propionate (inhal))</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 44 MCG/ACT (fluticasone propionate hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 220 MCG/ACT (fluticasone propionate hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (beclomethasone diprop hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (beclomethasone diprop hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**XANTHINE-EXpectorants*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>dyphylline-guaifenesin (Difil-G Forte Oral Liquid)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**XANTHINES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>aminophylline intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (theophylline)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD

**COUMARIN ANtICOAGULANTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>warfarin sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DIRECT FACTOR XA INHIBITORS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ELIQUIs DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET (apixaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELIQUIs ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELIQUIs ORAL TABLET 5 MG (apixaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (74 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO ORAL TABLET 15 MG (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (42 tablet per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>heparin (porcine) in nacl intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin lock flush intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sodium (porcine) injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sodium (porcine) pf injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sodium lock flush intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>enoxaparin sodium injection solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>enoxaparin sodium subcutaneous solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNIT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML (dalteparin sodium)</strong></td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS</em>** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fondaparinux sodium subcutaneous solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT &amp; REVERSIBLE</strong>* - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRADAXA ORAL CAPSULE (dabigatran etexilate mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICONVULSANTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES</em>** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobazam oral suspension</td>
<td>2</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobazam oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clonazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clonazepam oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam rectal gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 kits per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICONVULSANTS - MISC.</em>** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine (Epitol Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral capsule 300 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (9 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (72 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral tablet 600 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral tablet 800 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine starter kit-blue oral kit</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine starter kit-green oral kit</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine starter kit-orange oral kit</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxcarbazepine oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxcarbazepine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg, 75 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pregabalin oral solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>primidone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam (Roweepra Oral Tablet)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam (Roweepra Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hour)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Starter Kit-Blue Oral Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Starter Kit-Green Oral Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Starter Kit-Orange Oral Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>topiramate oral capsule sprinkle</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>topiramate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zonisamide oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CARBAMATES</em>** - DRUGS FOR SEIZURES/PERSOANLITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>felbamate oral suspension</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>felbamate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>GABA MODULATORS</em>** - DRUGS FOR SEIZURES/PERSOANLITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tiagabine hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vigabatrin oral packet</td>
<td>4</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>vigabatrin oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>vigabatrin (Vigadronne Oral Packet)</td>
<td>4</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HYDANTOINS</em>** - DRUGS FOR SEIZURES/PERSOANLITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DILANTIN ORAL CAPSULE (phenytoin sodium extended)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fosphenytoin sodium injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin (Phenytoin Infatabs Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin sodium extended oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

26
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>phenytoin sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SUCCINIMIDES</em>** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethosuximide oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethosuximide oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>VALPROIC ACID</em>** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>divalproex sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>valproate sodium intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>valproic acid oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>valproic acid oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDEPRESSANTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mirtazapine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mirtazapine oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDEPRESSANTS - MISC.</em>** - DRUGS FOR DEPRESSION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl oral tablet 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>maprotiline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MODIFIED CYCLICS</em>** - DRUGS FOR DEPRESSION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nefazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS)</em>** - DRUGS FOR DEPRESSION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenelzine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tranylcypromine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS)</em>** - DRUGS FOR DEPRESSION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>citalopram hydrobromide oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>escitalopram oxalate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sertraline hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sertraline hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 60 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</td>
<td>2</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>amitriptyline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxapine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>clomipramine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desipramine hcloral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxepin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxepin hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>imipramine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>imipramine pamoate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nortriptyline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nortriptyline hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>protriptyline hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trimipramine maleate oral capsule</td>
<td></td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIDIABETICS** - HORMONES

**ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel</th>
<th>Requisitos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>acarbose oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>miglitol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS*** - DRUGS FOR DIABETES

**SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-JECTOR**
(ramplin tide acetate)

**SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-JECTOR**
(ramplin tide acetate)

**BIGUANIDES*** - DRUGS FOR DIABETES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel</th>
<th>Requisitos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>generic Glucophage XR</td>
</tr>
<tr>
<td>metformin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DIABETIC OTHER*** - DRUGS FOR DIABETES

**GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED**
(glucagon hcl (rdna))

**GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT**
(glucagon (rdna))

**DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES

**JANUVIA ORAL TABLET**
(sitagliptin phosphate)

**TRADJENTA ORAL TABLET**
(linagliptin)

**DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES

**JANUMET ORAL TABLET**
(sitagliptin-metformin hcl)

**JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG**
(sitagliptin-metformin hcl)

**JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-500 MG**
(sitagliptin-metformin hcl)

**JENTADUETO ORAL TABLET**
(linagliptin-metformin hcl)

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (linagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (linagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*HUMAN INSULIN*** - DRUGS FOR DIABETES

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin lispro prot &amp; lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin lispro prot &amp; lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin nph isophane &amp; regular)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (insulin nph isophane &amp; regular)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin nph human (isophane))</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (insulin nph human (isophane))</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN R INJECTION SOLUTION (insulin regular human)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin regular human)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (20 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin regular human)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (18 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin detemir)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin detemir)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TOUJE MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (12 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOUJE SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (13.5 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)</strong> - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (exenatide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (4 vial per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR (exenatide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (4 vial per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (exenatide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 pens per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (exenatide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 pens per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (semaglutide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (semaglutide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (dulaglutide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (4 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (liraglutide)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 box per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MEGLITINIDE ANALOGUES</strong> - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nateglinide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>repaglinide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS</strong> - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FARXIGA ORAL TABLET (dapagliflozin propanediol)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JARDIANCE ORAL TABLET (empagliflozin)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SULFONYLUREA-BIGUANIDE COMBINATIONS</strong> - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide-metformin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glyburide-metformin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SULFONYLUREAS</strong> - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glimepiride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glyburide micronized oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glyburide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>tolbutamide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>THIAZOLIDINEDIONES</em>** - DRUGS FOR DIABETES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pioglitazone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDIARRHEALS</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIPERISTALTIC AGENTS</em>** - DRUGS FOR DIARRHEA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diphenoxylate-atropine oral liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diphenoxylate-atropine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>loperamide hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS</em> - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetylcysteine intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fomepizole intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylene blue injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDOTES</em>** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>deferastrox oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>deferastrox oral tablet soluble</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDOTES</em>** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetylcysteine intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fomepizole intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylene blue injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flumazenil intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPIOID ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naloxone hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 vial per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naloxone hcl injection solution cartridge</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 syringe per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naloxone hcl injection solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 syringe per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naltrexone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NARCAN NASAL LIQUID (naloxone hcl)</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 nasal spray per 90 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em><em>ANTIEMETICS</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>granisetron hcl intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>granisetron hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (10 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (48 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (24 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (48 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (24 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>palonosetron hcl intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIEMETIC COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC</strong>* - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meclizine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>scopolamine transdermal patch 72 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trimethobenzamide hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS</strong>* - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dronabinol oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 125 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (5 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 40 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 capsule per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (15 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 80 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (10 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (5 vial per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>ANTIFUNGALS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIFUNGALS</strong>* - DRUGS FOR FUNGUS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amphotericin b intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluocytosine oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>griseofulvin microsize oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>griseofulvin microsize oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terbinafine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IMIDAZOLES</strong>* - DRUGS FOR FUNGUS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRIAZOLES</strong>* - DRUGS FOR FUNGUS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole in sodium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (40 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>itraconazole oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4.2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>itraconazole oral solution</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>posaconazole oral tablet delayed release</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole oral suspension reconstituted</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole oral tablet 200 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole oral tablet 50 mg</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>ANTIHISTAMINES</em> - DRUGS FOR THE LUNGS</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - ALKYLAMINES</strong>* - DRUGS FOR ALLERGIES**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>brompheniramine tannate oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexchlorpheniramine maleate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ryclora oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - ETHANOLAMINES</strong>* - DRUGS FOR ALLERGIES**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbinoxamine maleate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbinoxamine maleate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clemastine fumarate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diphenhydramine hcl injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RYVENT ORAL TABLET (carbinoxamine maleate)</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING</strong>* - DRUGS FOR ALLERGIES**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desloratadine oral tablet</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desloratadine oral tablet dispersible</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES</strong>* - DRUGS FOR ALLERGIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl (Phenadoz Rectal Suppository)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl rectal suppository</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl (Promethegan Rectal Suppository)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES</strong>* - DRUGS FOR ALLERGIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyproheptadine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyproheptadine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>ANTHYPERLIPIDEMICS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTHYPERLIPIDEMICS - MISC.</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (icosapent ethyl)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (icosapent ethyl)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BILE ACID SEQUESTRANTS</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cholestyramine light oral packet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cholestyramine light oral powder</td>
<td>2</td>
<td>QL (24 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cholestyramine oral packet</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cholestyramine oral powder</td>
<td>2</td>
<td>QL (54 gm per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colesevelam hcl oral packet</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colesevelam hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colestipol hcl oral granules</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colestipol hcl oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (16 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colestipol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (24 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cholestyramine light (Prevalite Oral Packet)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FIBRIC ACID DERIVATIVES</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 43 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibrate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibric acid oral capsule delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gemfibrozil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>HMG COA REDUCTASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvastatin sodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>lovastatin oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</td>
<td>2; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</td>
<td>2</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>simvastatin oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ezetimibe-simvastatin oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ezetimibe oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NICOTINIC ACID DERIVATIVES</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>niacin (antihyperlipidemic) oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>niacor oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>ANTIHYPERTENSIVES</em> - DRUGS FOR THE HEART</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ACE INHIBITOR &amp; CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ACE INHIBITORS &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fosinopril sodium-hctz oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ACE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benazepril hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>captopril oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>enalapril maleate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>enalaprilat intravenous injectable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fosinopril sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lisinopril oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>moexipril hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>perindopril erbumine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quinapril hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ramipril oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADRENOLYTICS-CENTRAL &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE COMB</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methyldopa-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenoxybenzamine hcl oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (12 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>phentolamine mesylate injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG &amp; CA CHANNEL BLOCKER COMB</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>losartan-potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan-potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan-medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan-medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>eprosartan mesylate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan oral tablet 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan oral tablet 160 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan oral tablet 320 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>clonidine-hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clonidine transdermal patch weekly</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>guanfacine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylidopa oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxazosin mesylate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prazosin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terazosin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA BLOCKER &amp; DIURETIC COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atenolol-chlorthalidone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol-hctz oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIRECT RENIN INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg</td>
<td>2</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>aliskiren fumarate oral tablet 300 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS)</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eplerenone oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VASODILATORS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydralazine hcl injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydralazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minoxidil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>baciim intramuscular solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin intramuscular solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole in nacl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tinidazole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trimethoprim oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS</strong>* - ANTIBIOTICS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamethoxazole-trimethoprim (Sulfatrim Pediatric Oral Suspension)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIPROTOZOAL AGENTS</em>** - DRUGS FOR PARASITES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atovaquone oral suspension</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CARBAPENEM COMBINATIONS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CARBAPENEMS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meropenem intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CHLORAMPHENICALS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLIC LIPOPEPTIDES</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daptomycin intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>LEPROSTATICS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dapsone oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>LINCOSAMIDES</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OXAZOLIDINONES</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid in sodium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (900 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (28 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>POLYMYXINS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMALARIALS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMALARIAL COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR PARASITES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMALARIALS</em>** - DRUGS FOR PARASITES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (40 tablets per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (20 tablets per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxychloroquine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (22 tablets per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>mefloquine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quinine sulfate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (60 capsule per 365 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIMYASTHENIC AGENTS</strong> - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMYASTHENIC AGENTS</strong> - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS</strong> - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS</strong> - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS</strong> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI TB COMBINATIONS</strong> - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIFATER ORAL TABLET (isoniazid-rifamp-pyrazinamide)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS</strong> - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cycloserine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethambutol hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoniazid injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoniazid oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoniazid oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRIFTIN ORAL TABLET (rifapentine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyrazinamide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rifabutin oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rifampin intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rifampin oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES</strong> - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ALKYLATING AGENTS</strong> - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYLERAN ORAL TABLET (busulfan)</td>
<td>4; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS</strong> - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abiraterone acetate oral tablet</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ZYTIGA ORAL TABLET</strong> <em>(abiraterone acetate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIADRENALS</strong> - <strong>DRUGS FOR CANCER</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LYSODREN ORAL TABLET</strong> <em>(mitotane)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>LD; QL (38 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIANDROGENS</strong> - <strong>DRUGS FOR CANCER</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bicalutamide oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ERLEADA ORAL TABLET <em>(apalutamide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>flutamide oral capsule</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nilutamide oral tablet</td>
<td>4; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>XTANDI ORAL CAPSULE</strong> <em>(enzalutamide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIESTROGENS</strong> - <strong>DRUGS FOR CANCER</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOLTAMOX ORAL SOLUTION <em>(tamoxifen citrate)</em></td>
<td>2; OC; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tamoxifen citrate oral tablet</td>
<td>2; OC; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>toremifene citrate oral tablet</td>
<td>4; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMETABOLITES</strong> - <strong>DRUGS FOR CANCER</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>capecitabine oral tablet</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>mercaptopurine oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium (pf) injection solution</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium injection solution</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium injection solution reconstituted</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TREXALL ORAL TABLET</strong> <em>(methotrexate sodium)</em></td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC</strong> - <strong>BRAF KINASE INHIBITORS</strong> - <strong>DRUGS FOR CANCER</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAFINLAR ORAL CAPSULE <em>(dabrafenib mesylate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZELBORAF ORAL TABLET <em>(vemurafenib)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC</strong> - <strong>HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS</strong> - <strong>DRUGS FOR CANCER</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ERIVEDGE ORAL CAPSULE <em>(vismodegib)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC</strong> - <strong>HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS</strong> - <strong>DRUGS FOR CANCER</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZOLINZA ORAL CAPSULE <em>(vorinostat)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

---

42
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em><strong>ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS</strong></em> - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG <em>(pomalidomide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>POMALYST ORAL CAPSULE 2 MG <em>(pomalidomide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG <em>(pomalidomide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS</strong></em> - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG <em>(trametinib dimethyl sulfoxide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEKINIST ORAL TABLET 2 MG <em>(trametinib dimethyl sulfoxide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS</strong></em> - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE <em>(everolimus)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>AFINITOR ORAL TABLET <em>(everolimus)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>everolimus oral tablet</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS</strong></em> - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXAVAR ORAL TABLET <em>(sorafenib tosylate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>STIVARGA ORAL TABLET <em>(regorafenib)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG <em>(sunitinib malate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUTENT ORAL CAPSULE 25 MG, 37.5 MG, 50 MG <em>(sunitinib malate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTINEOPLASTIC - TYROSINE KINASE INHIBITORS</strong></em> - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BOSULIF ORAL TABLET 100 MG <em>(bosutinib)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG <em>(bosutinib)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG <em>(vandetanib)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG <em>(vandetanib)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT <em>(cabozantinib s-malate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT <em>(cabozantinib s-malate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT <em>(cabozantinib s-malate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GILOTRIF ORAL TABLET <em>(afatinib dimaleate)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG <em>(ponatinib hcl)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG <em>(ponatinib hcl)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
## Nombre del medicamento recetado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INLYTA ORAL TABLET 1 MG (axitinib)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INLYTA ORAL TABLET 5 MG (axitinib)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>IRESSA ORAL TABLET (gefitinib)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPRYCEL ORAL TABLET (dasatinib)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TASIGNA ORAL CAPSULE (nilotinib hcl)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TYKERB ORAL TABLET (lapatinib ditosylate)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VOTRIENT ORAL TABLET (pazopanib hcl)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XALKORI ORAL CAPSULE (crizotinib)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib-letrozole)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (0.04 unit per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib-letrozole)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (0.04 unit per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib-letrozole)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (0.04 unit per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTINEOPLASTICS MISC.*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION (interferon gamma-1b)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyurea oral capsule</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTRON A INJECTION SOLUTION (interferon alfa-2b)</td>
<td>4</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (interferon alfa-2b)</td>
<td>4</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MATULANE ORAL CAPSULE (procarbazine hcl)</td>
<td>4; OC</td>
<td>LD</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*AROMATASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>anastrozole oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>exemestane oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>letrozole oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ESTROGENS-ANTINEOPLASTIC*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EMCYT ORAL CAPSULE (estramustine phosphate sodium)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>leucovorin calcium injection solution</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leucovorin calcium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leucovorin calcium oral tablet</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG (degarelix acetate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 unit per 365 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG (degarelix acetate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IMIDAZOTETRAZINES</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>temozolomide oral capsule 20 mg</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>temozolomide oral capsule 5 mg</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JAKAFI ORAL TABLET 10 MG (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JAKAFI ORAL TABLET 15 MG (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (100 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>JAKAFI ORAL TABLET 20 MG (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JAKAFI ORAL TABLET 25 MG (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JAKAFI ORAL TABLET 5 MG (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (10 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LHRH ANALOGS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leuprolide acetate injection kit</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (triptorelin pamoate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (triptorelin pamoate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 168 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (triptorelin pamoate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MITOTIC INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etoposide oral capsule</td>
<td>4; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NITROGEN MUSTARDS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclophosphamide oral capsule</td>
<td>4; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>LEUKERAN ORAL TABLET (chlorambucil)</td>
<td>2</td>
<td>OC</td>
</tr>
<tr>
<td>melphalan oral tablet</td>
<td>4; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyprogesterone caproate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>megestrol acetate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>megestrol acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RETINOIDS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>OC</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bexarotene oral capsule</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>TOPOISOMERASE I INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYCAMTIN ORAL CAPSULE (topotecan hcl)</td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mesna intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>ANTIPARKINSON AGENTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS</strong>* - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benztropine mesylate injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benztropine mesylate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trihexyphenidyl hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trihexyphenidyl hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS</strong>* - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amantadine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amantadine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amantadine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bromocriptine mesylate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bromocriptine mesylate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rasagiline mesylate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selegiline hcl oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selegiline hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tolcapone oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DECARBOXYLASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbidopa oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LEVODOPA COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbidopa-levodopa oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pramipexole dihydrochloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ropinirole hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PERIPHERAL COMT INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR PARKINSON</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>entacapone oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMANIC AGENTS</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LITHIUM ORAL SOLUTION</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIPSYCHOTICS - MISC.</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (ziprasidone mesylate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ziprasidone hcl oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BENZISOXAZOLES</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (risperidone microspheres)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>risperidone oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>risperidone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>risperidone oral tablet dispersible</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BUTYROPHENONES</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol decanoate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol lactate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol lactate oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIBENZODIAZEPINES</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clozapine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clozapine oral tablet dispersible</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIBENZOTHIAZEPINES</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quetiapine fumarate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DIBENZOAZEPINES</strong>* - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>loxapine succinate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIHYDROINDOLONES</strong>* - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>molindone hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PHENOTHIAZINES</strong>* - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorpromazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prochlorperazine (Compro Rectal Suppository)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluphenazine decanoate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluphenazine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluphenazine hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluphenazine hcl oral elixir</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluphenazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>perphenazine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prochlorperazine edisylate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prochlorperazine maleate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prochlorperazine rectal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thioridazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trifluoperazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>QUINOLINONE DERIVATIVES</strong>* - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aripiprazole oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aripiprazole oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aripiprazole oral tablet dispersible</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>THIENBENZODIAZEPINES</strong>* - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine intramuscular solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine oral tablet dispersible</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>THIOXANTHENES</strong>* - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thiothixene oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>ANTIVIRALS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BIKTARVY ORAL TABLET (bictegravir-emticitab-tenofovir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CIMDVO ORAL TABLET (lamivudine-tenofovir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DESCOVY ORAL TABLET (emtricitabine-tenofovir af)</td>
<td>4</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENVOYA ORAL TABLET (elviteg-cobic-emitrit-tenofaf)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG (lopinavir-ritonavir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (10 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG (lopinavir-ritonavir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine-zidovudine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lopinavir-ritonavir oral solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>STRIBILD ORAL TABLET (elviteg-cobic-emitrit-tenofaf)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMFI LO ORAL TABLET (efavirenz-lamivudine-tenofovir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMFI ORAL TABLET (efavirenz-lamivudine-tenofovir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMIXYS ORAL TABLET (lamivudine-tenofovir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIUMEQ ORAL TABLET (abacavir-dolutegravir-lamivud)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUVADA ORAL TABLET (emtricitabine-tenofovir df)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR)*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (maraviroc)</td>
<td>4</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG (maraviroc)</td>
<td>4</td>
<td>QL (8 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG (maraviroc)</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (enfuvirtide)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (60 vials per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ISENTRESS ORAL TABLET (raltegravir potassium)</td>
<td>4</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (raltegravir potassium)</td>
<td>4</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (raltegravir potassium)</td>
<td>4</td>
<td>QL (24 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TIVICAY ORAL TABLET (dolutegravir sodium)</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>APTIVUS ORAL CAPSULE (tipranavir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>APTIVUS ORAL SOLUTION (tipranavir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (13 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fosamprenavir calcium oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NORVIR ORAL SOLUTION (ritonavir)</td>
<td>4</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREZISTA ORAL SUSPENSION (darunavir ethanolate)</td>
<td>4</td>
<td>QL (14 mL per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (darunavir ethanolate)</td>
<td>4</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREZISTA ORAL TABLET 600 MG (darunavir ethanolate)</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (darunavir ethanolate)</td>
<td>4</td>
<td>QL (10 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (darunavir ethanolate)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REYATAZ ORAL PACKET (atazanavir sulfate)</td>
<td>4</td>
<td>QL (5 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ritonavir oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES</strong>* - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EDURANT ORAL TABLET (rilpivirine hcl)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>efavirenz oral capsule 200 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>efavirenz oral capsule 50 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (12 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>efavirenz oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (etravirine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (etravirine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (etravirine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (16 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 table per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (40 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine oral suspension</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine er tablet</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES</strong>* - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir sulfate oral solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (32 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir sulfate oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>didanosine oral capsule delayed release 200 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>didanosine oral capsule delayed release 250 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>didanosine oral capsule delayed release 400 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES</strong>* - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMTRIVA ORAL CAPSULE (emtricitabine)</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMTRIVA ORAL SOLUTION (emtricitabine)</td>
<td>4</td>
<td>QL (29 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine oral tablet 150 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine oral tablet 300 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES</strong>* - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zidovudine oral capsule</td>
<td>4</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zidovudine oral syrup</td>
<td>4</td>
<td>QL (64 mL per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Marca=medicamento de marca  Genéricos=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 or 1a* =tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b* =tienen la distribución de costos más baja  Nivel 2=tiene una distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 3=tiene un costo compartido más alta que los del nivel 2  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=limite de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada  
En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>zidovudine oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

tenofovir disoproxil fumarate oral tablet        4

**VIREAD ORAL TABLET** (tenofovir disoproxil fumarate) 4

**CMV AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

tenoparvovirus hcl oral solution reconstituted    4

tenoparvovirus hcl oral tablet                   4

**HEPATITIS B AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

adefovir dipivoxil oral tablet                  4

**BARACLUDE ORAL SOLUTION** (entecavir)          4

entecavir oral tablet                           4

**HEPATITIS C AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

ribavirin oral capsule                          4

ribavirin oral tablet                            4

**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 or 1b*

**HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

famciclovir oral tablet                         1 or 1b*

**INFLUENZA AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

rimantadine hcl oral tablet                      1 or 1b*

**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 package per 90 days)

**RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS

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

En vigencia desde el 04/01/2020

51
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ASSORTED CLASSES</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTILEPTOTICS</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG <em>(thalidomide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG <em>(thalidomide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CHELATING AGENTS</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trientine hcl <em>(Clovique Oral Capsule)</em></td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>penicillamine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>trientine hcl oral capsule</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CYCLOSPORINE ANALOGS</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified oral capsule</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified oral solution</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine oral capsule</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified <em>(Gengraf Oral Capsule)</em></td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified <em>(Gengraf Oral Solution)</em></td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REVLIMID ORAL CAPSULE <em>(lenalidomide)</em></td>
<td>4; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate mofetil oral capsule</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate mofetil oral tablet</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IRRIGATION SOLUTIONS</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactated ringers irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>irrigation solns physiological <em>(Physiolyte Irrigation Solution)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>irrigation solns physiological <em>(Physiosol Irrigation Irrigation Solution)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ringers irrigation irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sterile water for irrigation irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ringers irrigation <em>(Tis-U-Sol Irrigation Solution)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>water for irrigation, sterile irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MACROLIDE IMMUNOSUPRESSANTS</strong> - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sirolimus oral solution</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sirolimus oral tablet</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tacrolimus oral capsule</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZORTRESS ORAL TABLET <em>(everolimus)</em></td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>POTASSIUM REMOVING RESINS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate (Kionex Oral Suspension)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral powder</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate rectal suspension 30 gm/120ml</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate rectal suspension 50 gm/200ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate (Sps Oral Suspension)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PROSTAGLANDINS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alprostadil injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PURINE ANALOGS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZASAN ORAL TABLET (azathioprine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azathioprine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SCLEROSING AGENTS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium tetradecyl sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium tetradecyl sulfate (Sotradecol Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA BLOCKERS</strong>* - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ALPHA-BETA BLOCKERS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carvedilol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>labetalol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acebutolol hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atenolol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betaxolol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bisoprolol fumarate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BYSTOLIC ORAL TABLET (nebivolol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>esmolol hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate intravenous solution cartridge</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nadolol oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pindolol oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA=** medicamento de marca  
**genéricos=** medicamento de nombre genérico  
*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles. Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  
Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja  
Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  
Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  
Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca  
$0=medicamentos preventivos  
DO=optimización de dosis  
LD=distribución limitada  
PA=autorización previa  
QL=limites de cantidad  
SP=medicamentos especializados  
ST=terapia escalonada
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>propranolol hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sotalol hcl (Sorine Oral Tablet)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sotalol hcl (af) oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sotalol hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sotalol hydrochloride oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>timolol maleate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART

*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl coated beads (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl coated beads (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 360 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 420 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>isradipine oral capsule 2.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>isradipine oral capsule 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>diltiazem hcl coated beads (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl coated beads (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nicardipine hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nicardipine hcl oral capsule 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg</td>
<td>2</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</td>
<td>2</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nimodipine oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>QL (12 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 360 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 360 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg, 420 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl oral capsule 120 mg, 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl oral capsule 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART

*CARDIAC GLYCOSIDES*** - DRUGS FOR THE HEART

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>digoxin (Digitek Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin (Digox Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>digoxin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANOXIN ORAL TABLET (digoxin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (digoxin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate in dextrose intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CALCITONIN CHANNEL BLOCKER &amp; HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB</strong>* - DRUGS FOR CHOLESTEROL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>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</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NITRATE &amp; VASODILATOR COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIDIL ORAL TABLET (isosorb dinitrate-hydralazine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>papaverine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PROSTAGLANDIN VASODILATORS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>treprostinil injection solution</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VENTAVIS INHALATION SOLUTION (iloprost)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (9 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ambrisentan oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bosentan oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (bosentan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafil (pah) (Alyq Oral Tablet)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sildenafil citrate oral suspension reconstituted</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sildenafil citrate oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafil (pah) oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sildenafil citrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (30 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>vardenafil hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>vardenafil hcl oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CEPHALOSPORINS** - DRUGS FOR INFECTIONS

**CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION** - ANTIBIOTICS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>cefadroxil oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefadroxil oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefadroxil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefazolin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cephalexin oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cephalexin oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cephalexin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION** - ANTIBIOTICS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefaclor oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefaclor oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefotetan disodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefoxitin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefprozil oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefprozil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefuroxime axetil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION** - ANTIBIOTICS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>cefdinir oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefdinir oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefditoren pivoxil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefixime oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefixime oral suspension reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefotaxime sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefpodoxime proxetil oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftazidime injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftazidime (Tazicef Injection Solution Reconstituted)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tazicef intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION</strong> - ANTIBIOTICS</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefepime hcl injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CONTRACEPTIVES</strong> - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL</strong> - BIRTH CONTROL PILLS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Azurette Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Bekyree Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Kariva Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LO LOESTRIN FE ORAL TABLET</strong> (norethin-eth estrad-fe biph)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Pintrea Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Simliya Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>viorele oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Volnea Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL</strong> - BIRTH CONTROL PILLS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Afirmelle Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Altavera Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alyacen 1/35 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Aurovela 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Aurovela 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Aurovela 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Aurovela Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Aviance Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Ayuna Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BALCOLTRA ORAL TABLET (levonorgest-eth estrad-fe bisg)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Balziva Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl estradiol (Blisovi 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl estradiol (Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl estradiol (Blisovi Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>briellyn oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Chateal Eq Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Chateal Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Crysele-28 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Cyclafem 1/35 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Cyred Eq Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Cyred Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Dasetta 1/35 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Delyla Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oral tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirene-eth estradiol oral</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Elinest Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Emoquette Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Enskye Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Estarylla Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-eth estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oral tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Falmina Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestrate-eth estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Femynor Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oral tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Hailey 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Hailey 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Isibloom Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oral tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Jasmiel Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Junel 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Junel 1/20 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Junel Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Junel Fe 24 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estradiol-fe</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Kaitlib Fe Oral Tablet Chewable)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Kalliga Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-eth estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Kelnor 1/35 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-eth estradiol</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Kelnor 1/50 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Kurvelo Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Larin 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Larin 1/20 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin acet-ethinyl est</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Larin 1/20 Oral Tablet)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drosipirenone-ethinyl estradiol (Ocella Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ogestrel oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Orsythia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Philith Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Pirmella 1/35 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drosipirenone-ethinyl estradiol (Ocella Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ogestrel oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Orsythia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Philith Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindro-eth estradiol (Pirmella 1/35 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Portia-28 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-ethinyl estradiol (PreviFem Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-ethinyl estradiol (Sprintec 28 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Sronyx Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Syeda Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ace-eth estradiol (Tarina 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ace-eth estradiol (Tarina Fe 1/20 Eq Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ace-eth estradiol (Tarina Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAYTULLA ORAL CAPSULE (norethindrone-ace-eth estradiol)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl levomenfol (Tydemy Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Viena Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ace-eth estradiol (Vyemla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-ace-eth estradiol (Vilybra Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ace-eth estradiol (Wera Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ace-eth estradiol (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Zarah Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-eth estradiol (Zovia 1/35E (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Zumandimine Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL*** - BIRTH CONTROL PILLS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>xulane transdermal patch weekly</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL*** - BIRTH CONTROL PILLS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ANNOVERA VAGINAL RING (segesterone-ethinyl estradiol)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etonogestrel-ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Amethyst Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*EMERGENCY CONTRACEPTIVES*** - BIRTH CONTROL PILLS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ELLA ORAL TABLET (ulipristal acetate)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Amethia Lo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Amethia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Ashlyna Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Camrese Lo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Camrese Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Daysee Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Fayosim Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Introval Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Jaimiess Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Jolessa Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Lojaimiess Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Rivelsa Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Setlakin Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Jaimiess Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL</em>** - BIRTH CONTROL PILLS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NATAZIA ORAL TABLET (estradiol valerate-dienogest)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE</em>** - BIRTH CONTROL PILLS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL</em>** - BIRTH CONTROL PILLS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Camila Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Deblitane Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Errin Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Heather Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Incassia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Jencycla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Lyza Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Nora-Be Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Norlyda Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Norlyroc Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Sharobel Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SLYND ORAL TABLET (drospirenone)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Tulana Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

62
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL</em>** - BIRTH CONTROL PILLS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alyacen 7/7/7 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Aranelle Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Caziant Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Cyclafem 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic (Enpresse-28 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Leena Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic (Levonest Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Pirmella 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindron-ethinyl estrad-fe (Tilia Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri Fennynor Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Estarylla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindron-ethinyl estrad-fe (Tri-Legest Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Linyah Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Lo-Estarylla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Lo-Mili Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Mili Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Previfem Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Vylibra Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic (Trivora (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Vellvet Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*CORTICOSTEROIDS* - HORMONES

*GLUCOCORTICOSTEROIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel</th>
<th>Requisitos</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide oral capsule delayed release particles</td>
<td>2</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cortisone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone (Decadron Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (dexamethasone)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral elixir</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sodium phosphate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone (Dexpak 10 Day Oral Tablet Therapy Pack)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone (Dexpak 13 Day Oral Tablet Therapy Pack)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone (Dexpak 6 Day Oral Tablet Therapy Pack)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone acetate injection suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone sodium phosphate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisone oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisone oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>taperdex 12-day oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone (Taperdex 6-Day Oral Tablet Therapy Pack)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>taperdex 7-day oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide injection suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MINERALOCORTICOIDS</em>** - DRUGS FOR INFLAMMATION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fludrocortisone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>STEROID COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR INFLAMMATION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone sod phos &amp; acet injection suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COUGH/COLD/ALLERGY</em> - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC</em>** - DRUGS FOR ALLERGIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzonatate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTITUSSIVE - OPIOID</em>** - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-homatropine oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-homatropine oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydromet oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTITUSSIVE-EXpectorant</strong>* - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>g tussin ac oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>guaiatussin ac oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>guaifenesin ac oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trymine cg oral liquid</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virtussin a/c oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTITUSSIVE-EXpectorants-DEcongestant</strong>* - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>guaifenesin dac oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virtussin dac oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DEcongestant &amp; ANTIHistamine</strong>* - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-phenylephrine oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MISC. RESPIRATORY INHALANTS</strong>* - DRUGS FOR ALLERGIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEBUSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 6 % (sodium chloride)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride inhalation nebulization solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MUCOLYTICS</strong>* - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetylcysteine inhalation solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE</strong>* - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-dm oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NON-NARC ANTITUSSIVE-DEcongestant-ANTIHISTAMINE</strong>* - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pseudoeph-bromphen-dm (Bromfed Dm Oral Syrup)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE</strong>* - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-codeine oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-codeine oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TUSSICAPS ORAL CAPSule EXTENDED RELEASE 12 HOUR (hydrocod polst-chlorphen polst)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPIOID ANTITUSSIVE-DEcongestant-ANTIHISTAMINE</strong>* - DRUGS FOR COUGH AND COLD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><em>CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IBRANCE ORAL CAPSULE (palbociclib)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib succinate)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib succinate)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib succinate)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><em>DERMATOLOGICALS</em> - DRUGS FOR THE SKIN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>ACNE ANTIBIOTICS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate (Clindacin Etz External Swab)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate (Clindacin-P External Swab)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external foam</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external lotion</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external solution</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external swab</td>
</tr>
<tr>
<td>dapsone external gel</td>
</tr>
<tr>
<td>ery external pad</td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin external gel</td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin external solution</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th><em>ACNE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>adapalene-benzoyl peroxide external gel</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl perox-hydrocortisone external lotion</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</td>
</tr>
<tr>
<td>bp 10-1 external emulsion</td>
</tr>
<tr>
<td>bp cleansing wash external emulsion</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phos-benzoyl per external gel</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin-tretinoin external gel</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin-benzoyl per (refr) (Neuac External Gel)</td>
</tr>
<tr>
<td>sss 10-5 external cream</td>
</tr>
<tr>
<td>sss 10-5 external foam</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external cream</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external emulsion</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external liquid 9-4 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external liquid 9-4.5 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external pad</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sod-sulfur wash external kit</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamez wash external emulsion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ACNE PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>adapalene external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>adapalene external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>adapalene external pad</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin (Avita External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin (Avita External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>bp wash external liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin (Claravis Oral Capsule)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin (Myorisan Oral Capsule)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin microsphere external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin microsphere pump external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin (Zenatane Oral Capsule)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>refissa external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin (emollient) external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTIBIOTICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ALTABAX EXTERNAL OINTMENT (retapamulin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin sulfate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin sulfate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mupirocin calcium external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mupirocin external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole-betamethasone external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole-betamethasone external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iodoquimez-hc external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin-triamcinolone external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin-triamcinolone external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIFUNGALS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox olamine external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox olamine external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naftifine hcl external cream</td>
<td>2 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naftifine hcl external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin (Nyamyc External Powder)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin external powder</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin (Nystop External Powder)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac epolamine transdermal patch</td>
<td>2 ST; QL (2 patch per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium transdermal gel</td>
<td>2 QL (1000 gm per 30 days)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-INFLAMMATORY COMBINATIONS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sure result dss premium pack combination therapy pack</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARAC EXTERNAL CREAM (fluorouracil)</td>
<td>2 QL (30 gm per 365 days)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluorouracil external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (40 gm per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluorouracil external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 mL per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAIDS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium transdermal gel</td>
<td>2 PA; QL (300 gm per 365 days)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIPRURITICS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxepin hcl external cream</td>
<td>2 PA; QL (1 tube per 1 fill)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

68
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acitretin oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (secukinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (secukinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (secukinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (secukinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>methoxsalen rapid oral capsule</td>
<td>4; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (risankizumab-rzaa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (ustekinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (ustekinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (guselkumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 47 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (guselkumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 47 days)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIPSORIATICS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcipotriene external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcipotriene external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcipotriene external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcipotriene (Calcitrene External Ointment)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcitriol external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tazarotene external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAZORAC EXTERNAL CREAM (tazarotene)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAZORAC EXTERNAL GEL (tazarotene)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTISEBORRHEIC PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selenium sulfide external lotion</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium sulfacetamide external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium external liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIVIRALS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acyclovir external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (5 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>acyclovir external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>BURN PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mafenide acetate external packet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>silver sulfadiazine external cream</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>silver sulfadiazine (Ssd External Cream)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CORTICOSTEROIDS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ala-cort external cream</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alclometasone dipropionate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alclometasone dipropionate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amcinonide external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amcinonide external lotion</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate (Beser External Lotion)</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external gel</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external lotion</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external ointment</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate external lotion</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate external ointment</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external foam</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external lotion</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external ointment</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol prop emollient base external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate e external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate emulsion external foam</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external foam</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external gel</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external liquid</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external lotion</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external ointment</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external shampoo</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external solution</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clocortolone pivalate external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate (Clodan External Shampoo)</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desonide external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desonide external lotion</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desonide external ointment</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external cream</td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>desoximetasone external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>diflorasone diacetate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>diflorasone diacetate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide body external oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide scalp external oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide emulsified base external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>halcinonide external cream</td>
<td>2</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>halobetasol propionate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>halobetasol propionate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyr lipo base external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrurate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrurate external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrurate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrurate external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone external cream</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone external lotion</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone external ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone valerate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone valerate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>flurandrenolide (Nolix External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide (Nolix External Lotion)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>prednicarbate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>prednicarbate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate emulsion (Tovet External Foam)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external aerosol solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external cream</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external lotion</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Trianex External Ointment)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Triderm External Cream)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**DEPIGMENTING AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hydroquinone (Blanche External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>melpaque hp external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroquinone (Remergent Hq External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tl hydroquinone external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**EMOLLIENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>lactic acid e external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**EMOLLIENT/KERATOLYTIC AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>urea (Cerovel External Lotion)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea nail external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea-c40 external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea (Uredeb External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>uremez-40 external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**EMOLLIENT/KERATOLYTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>urea hydrating external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**EMOLLIENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ammonium lactate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ammonium lactate external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactic acid external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium hyaluronate external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>econazole nitrate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole (Ketodan External Foam)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>luliconazole external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>oxiconazole nitrate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>sulconazole nitrate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>imiquimod external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (48 packet per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>imiquimod pump external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 bottle per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>podofilox external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (7T Lido External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (Glydo External Prefilled Syringe)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine external patch</td>
<td>2</td>
<td>QL (3 patches per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl external solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (Lido-Sorb External Lotion)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pramoxine hcl (Pramox External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>premium lidocaine external ointment</td>
<td>2</td>
<td>QL (5 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zionodil 100 external lotion</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pimecrolimus external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>tacrolimus external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ROSACEA AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azelaic acid external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ivermectin external cream</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole (Rosadan External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole (Rosadan External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SCABICIDES &amp; PEDICULICIDES</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>crotan external lotion</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lindane external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>malathion external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>permethrin external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>spinosad external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SKIN PROTECTANTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzoin compound external tincture</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-hydrocortisone ace external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (pramoxine-hc)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (pramoxine-hc)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TAR PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>coal tar external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-prilocaine external cream</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-prilocaine external kit</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prilovix ultralite external kit</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prilovix ultralite plus external kit</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TARGRETIN EXTERNAL GEL (bexarotene)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>TOPICAL STEROID COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcipotriene-betameth diprop external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcipotriene-betameth diprop external suspension</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triacsinolone-dimeth-silicone (Nutriarx Creampack External Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
### *TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>finasteride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### *WOUND DRESSINGS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACTICOAT 7 EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT 7 EXTERNAL SHEET (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT ANTIMICROBIAL EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT EXTERNAL SHEET (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT FLEX 3 4&quot;X4&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT FLEX 3 EXTERNAL SHEET (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT FLEX 7 EXTERNAL SHEET (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLEVYN AG ADHESIVE EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLEVYN AG GENTLE BORDER EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOSTEP AG EXTERNAL SHEET (collagen matrix-silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOSTEP EXTERNAL SHEET (collagen matrix (porcine))</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE 4&quot;X4&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE 6&quot;X6&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE FOAM/TUNNELING EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE MRF DRESSING EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESTORE SILVER DRESSING EXTERNAL PAD (calcium alginate-silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### *DIAGNOSTIC PRODUCTS*

### *DIAGNOSTIC TESTS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK COMPACT PLUS IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH ULTRA BLUE IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### *DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH

### *DIGESTIVE ENZYMES*** - DRUGS FOR THE STOMACH

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIOKACE ORAL TABLET (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRILINTA ORAL TABLET (ticagrelor)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIURETICS</em> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetazolamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetazolamide sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methazolamide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIURETIC COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>spironolactone-hctz oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene-hctz oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene-hctz oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>LOOP DIURETICS</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bumetanide injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bumetanide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethacrynic acid oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>furosemide injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>furosemide oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>furosemide oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>torsemide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OSMOTIC DIURETICS</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mannitol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>osmitrol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>POTASSIUM SPARING DIURETICS</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiloride hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>spironolactone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS</em>** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorthalidone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hydrochlorothiazide oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>indapamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metolazone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - Misc. - HORMONES</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mifepristone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BISPHOSPHONATES</strong>* - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alendronate sodium oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT (alendronate-cholecalciferol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-5600 MG-UNIT (alendronate-cholecalciferol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ibandronate sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet 150 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet 35 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CALCIMIMETIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cinacalcet hcl oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CALCITONINS</strong>* - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcitonin (salmon) nasal solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARNITINE REPLeniSHER - AGENTS</strong>* - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocarnitine oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocarnitine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocarnitine sf oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cabergoline oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR GROWTH**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOMAVER SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (pegvisomant)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

77
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GROWTH HORMONES</strong>* - DRUGS FOR GROWTH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMATROPE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS</strong>* - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitisinone oral capsule</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>ORFADIN ORAL CAPSULE (nitisinone)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS</strong>* - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYSTADANE ORAL POWDER (betaine)</td>
<td>4</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS</strong>* - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcitriol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>calcitriol oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>calcitriol oral solution</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>doxercalciferol intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>doxercalciferol oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>paricalcitol oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAREL NASAL SOLUTION (nafarelin acetate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (5 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (follitropin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GONAL-F RFF REDIRECT SUBCUTANEOUS SOLUTION (follitropin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (follitropin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 10000 UNIT (chorionic gonadotropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 5000 UNIT (chorionic gonadotropin)</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clomiphene citrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

78
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES</em>** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION (teriparatide (recombinant))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS</em>** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE (sapropterin dihydrochloride)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (denosumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 injections per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS)</em>** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>raloxifene hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SOMATOSTATIC AGENTS</em>** - DRUGS FOR GROWTH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (lanreotide acetate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 syringe/vial per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>UREA CYCLE DISORDER - AGENTS</em>** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium phenylbutyrate oral powder</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (25 GM per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium phenylbutyrate oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (40 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>VASOPRESSIN</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin ace spray refrig nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate spray nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGENS</em> - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN &amp; PROGESTIN</em>** - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet (Amabelz Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (estradiol-levonorgestrel)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (estradiol-norethindrone acet)</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Fyavolv Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Jinteli Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet (Lopreeza Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet (Mimvey Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMPHASE ORAL TABLET  (conj estrog-medroxyprogest ace)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PREMPRO ORAL TABLET <em>(conj estrog-medroxyprogesterone)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESTROGENS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM <em>(estradiol)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1.25 MG/1.25GM <em>(estradiol)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (30 packets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol <em>(Dotti Transdermal Patch Twice Weekly)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol transdermal patch twice weekly</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol transdermal patch weekly</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol valerate intramuscular oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION <em>(estradiol)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MENEST ORAL TABLET <em>(esterified estrogens)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED <em>(estrogens conjugated)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMARIN ORAL TABLET <em>(estrogens conjugated)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FLUOROQUINOLONES</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FLUOROQUINOLONES</strong>* - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciprofloxacin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (28 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ciprofloxacin in d5w intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levofloxacin in d5w intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levofloxacin intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levofloxacin oral solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (480 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>levofloxacin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (14 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>mexifloxacin hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (21 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ofloxacin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (28 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ursodiol oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ursodiol oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GASTROINTESTINAL ANTIALLERGENCY AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cromolyn sodium oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS</strong>* - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMITIZA ORAL CAPSULE <em>(lubiprostone)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>GASTROINTESTINAL STIMULANTS</em>** - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS</em>** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LINZESS ORAL CAPSULE (linaclootide)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alosetron hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>INFLAMMATORY BOWEL AGENTS</em>** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balsalazide disodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine oral capsule delayed release</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine rectal enema</td>
<td>2</td>
<td>QL (60 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine rectal suppository</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 suppository per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine-cleanser rectal kit</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (mesalamine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (16 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG (mesalamine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfasalazine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfasalazine oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>INTESTINAL ACIDIFIERS</em>** - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>enulose oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>generlac oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactulose encephalopathy oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHOSPHATE BINDER AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcium acetate (phos binder) oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcium acetate (phos binder) oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcium acetate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lanthanum carbonate oral tablet chewable</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sevelamer carbonate oral packet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sevelamer carbonate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sevelamer hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS</em>** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (infliximab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GENERAL ANESTHETICS</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANESTHETICS - MISC.</em>** - DRUGS FOR SEDATION</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etomidate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fresenius propoven intravenous emulsion</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketamine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propofol intravenous emulsion</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>VOLATILE ANESTHETICS</em>** - DRUGS FOR SEDATION</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desflurane inhalation solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoflurane inhalation solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sevoflurane inhalation solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoflurane (Terrell Inhalation Solution)</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS</em> - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE PROSTATE</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dutasteride oral capsule</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>finasteride oral tablet</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE PROSTATE</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>silodosin oral capsule</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tamsulosin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS</em>** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CITRATES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pot &amp; sod cit-cit ac oral solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium cit-cit er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium citrate-citric acid oral solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sod citrate-citric acid oral solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium citrate-citric acid (Taron-Crystals Oral Packet)</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tricitrates oral solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GENITOURINARY IRRIGANTS</strong>* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetic acid irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminoacetic acid irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (gu irrigant) (Curity Sterile Saline Irrigation Solution)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycine irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycine urologic irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride irrigation solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PROSTATIC HYPERTRPHY AGENT COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE PROSTATE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>URINARY ANALGESICS</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenazopyridine hcl (Phenazo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLYCOPEPTIDES</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vancomycin hcl oral capsule</td>
<td>2 PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>GOUT AGENTS</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>colchicine-probenecid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GOUT AGENTS</strong>* - GOUT DRUGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allopurinol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allopurinol sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>colchicine oral tablet</td>
<td>2 QL (2.3 tablet per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COLCRYST ORAL TABLET (colchicine)</td>
<td>2 QL (2.3 tablet per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>febuxostat oral tablet</td>
<td>2 ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>URICOSURICS</strong>* - GOUT DRUGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>probenecid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>icatibant acetate subcutaneous solution</td>
<td>4 PA; SP; QL (24 syringes per 30 days)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>C1 INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BERINERT INTRAVENOUS KIT (c1 esterase inhibitor (human))</td>
<td>4 PA; LD; SP; QL (24 vials per 30 days)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (c1 esterase inhibitor (human))</td>
<td>4 PA; LD; SP; QL (24 vials per 28 days)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (c1 esterase inhibitor (human))</strong></td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (16 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (c1 esterase inhibitor (recomb))</strong></td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (16 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CYCLOPENTYLTRIAZOLOPYRIMIDINE (CPTP) DERIVATIVES</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRILINTA ORAL TABLET (ticagrelor)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLYCOPIRONEIN IIb/IIIa RECEPTOR INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eptifibatide intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEMATORHEOLOGIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pentoxifylline er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cilostazol oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLASMA EXPANDERS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hetastarch-nacl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lmd in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lmd in nacl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (ecallantide)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (48 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLASMA PROTEINS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Albuked 25 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Albuked 5 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin-zlb intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alburx intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Albutein Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Flexbumin Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Human Albumin Grifols Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kedbumin intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Plasbumin-25 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Plasbumin-5 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin-dipiridamole er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dipyriramole oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PROTAMINE</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>protamine sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>QUINAZOLINE AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>anagrelide hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>THIENOPYRIDINE DERIVATIVES</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>prasugrel hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>prasugrel hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>2</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEMATOPOIETIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR GAUCHER DISEASE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>miglustat oral capsule</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>COBALAMINS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyanocobalamin injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CYTOTOXIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DROXIA ORAL CAPSULE (hydroxyurea)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS)</strong>*** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCRT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RETACRT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa-epbx)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ERYTHROPOIETINS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCRT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RETACRT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa-epbx)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folic acid-vit b6-vit b12 (Airavite Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BP VIT 3 ORAL CAPSULE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fabb oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fa-vitamin b-6-vitamin b-12 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folbee oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folplex 2.2 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folic acid-vit b6-vit b12 (Nufol Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TALIVA ORAL CAPSULE (fa-b6-b12-omega 3-phytosterols)</strong></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folic acid-vit b6-vit b12 (Virt-Gard Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMEZ ORAL CAPSULE (fa-b6-b12-omega 3-phytosterols)</strong></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FOLIC ACID/FOLATES</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folic acid injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF)</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (pegfilgrastim-jmdb)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (pegfilgrastim)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 injectors/kits per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (pegfilgrastim)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (filgrastim-sndz)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IRON COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iron combinations (Chromagen Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iron-folic acid-c-b6-b12-zinc (Corvita 150 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ferocon oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ferotrisinc oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fe fum-fa-b cmp-c-zn-mg-mn-cu (Ferrocite Plus Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>foltrin oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hematinic plus vit/minerals oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fe fum-vit c-vit b12-fa (Hematogen Forte Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iron combinations (Hematogen Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hemocyte-plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fefum-fepo-fa-b cmp-c-zn-mn-cu (K-Tan Plus Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polysaccharide iron forte oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>purevit dualfe plus oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>se-tan plus oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tl-hem 150 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fe fumarate-b12-vit c-fa-ifc (Tricon Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

86
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>trigels-f forte oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IRON W/ FOLIC ACID</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hematinic/folic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ferrous fumarate-folic acid (Hemocyte-F Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IRON</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROMACTA ORAL TABLET (eltrombopag olamine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>HEMOSTATICS</em> - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEMOSTATICS - SYSTEMIC</strong>* - DRUGS TO PREVENT BLEEDING</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminocaproic acid intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminocaproic acid oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminocaproic acid oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tranexamic acid intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tranexamic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAVYRET ORAL TABLET (glecaprevir-pibrentasvir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOFOBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VOSEVI ORAL TABLET (sofosbuv-velpatasv-voxilaprev)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>HYPNOTICS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BARBITURATE HYPNOTICS</strong>* - DRUGS FOR INSOMNIA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pentobarbital sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital oral elixir</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BENZODIAZEPINE HYPNOTICS</strong>* - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estazolam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>flurazepam hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>quazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>temazepam oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triazolam oral tablet 0.125 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triazolam oral tablet 0.25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*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 or 1b*              | QL (1 tablet per 1 day)          |
| zaleplon oral capsule                                        | 1 or 1b*              | ST; QL (1 capsule 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                    | 1 or 1b*              |                                 |

*SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA

ramelteon oral tablet                                        | 2                     | ST; QL (1 tablet per 1 day)      |

*INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH

*INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH

ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (vedolizumab)     | 4                     | PA; SP; QL (1 vial per 56 days)  |

*INTERLEUKIN ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH

*INTERLEUKIN ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH

STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (ustekinumab)                   | 4                     | PA; SP; QL (4 vial per 365 days) |

*LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH

*BOWEL EVACUANT COMBINATIONS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION

gavilyte-c oral solution reconstituted                        | 1 or 1a*; $0          |                                 |
| peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf (Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted) | 1 or 1a*; $0          |                                 |
| bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl (Gavilyte-H Oral Kit)          | 1 or 1b*; $0          |                                 |
| peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted) | 1 or 1a*; $0          |                                 |
| peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted       | 1 or 1a*; $0          |                                 |
| peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted             | 1 or 1a*; $0          |                                 |
| bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl (Peg-Prep Oral Kit)            | 1 or 1b*; $0          |                                 |

MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que los del nivel 2  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada  En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION (na sulfate-k sulfate-mg sulf)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Trilyte Oral Solution Reconstituted)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LAXATIVES - MISCELLANEOUS</strong>* - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>constulose oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LACTULOSE ORAL PACKET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactulose oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL</em> - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETIC &amp; SYMPATHOMIMETIC</strong>* - DRUGS FOR SEDATION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-epinephrine injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine (Sensorcaine/Epinephrine Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine (Sensorcaine-Mpf/Epinephrine Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-epinephrine (Xylocaine Dental Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETICS - AMIDES</strong>* - DRUGS FOR SEDATION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine hcl (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine in dextrose intrathecal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine spinal intrathecal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl intradermal jet-injector</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mepivacaine hcl (Polocaine Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mepivacaine hcl (Polocaine-Mpf Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ropivacaine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine hcl (Sensorcaine Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine hcl (Sensorcaine-Mpf Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETICS - ESTERS</strong>* - DRUGS FOR SEDATION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chloroprocaine hcl (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (lifitegrast)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 vial per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

89
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em><em>MACROLIDES</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AZITHROMYCIN</strong>* - ANTIBIOTICS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 packets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (15 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (15 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral tablet 250 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral tablet 600 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CLARITHROMYCIN</strong>* - ANTIBIOTICS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clarithromycin oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clarithromycin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ERYTHROMYCINS</strong>* - ANTIBIOTICS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e.e.s. 400 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythrocin stearate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base oral capsule delayed release particles</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>MEDICAL DEVICES</em> - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CERVICAL CAPS</strong>* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FEMCAP VAGINAL DEVICE (cervical caps)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIAPHRAGMS</strong>* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm arc-spring)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES</em>** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET DEV KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK MULTICLIX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COAGUCHEK LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIFESCAN UNISTIK 2 (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIFESCAN UNISTIK II LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH CLUB LANCETS FINE PT (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA LANCING DEV (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA PLUS LANCING (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH FINEPOINT LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH SURESOFT LANCING DEV (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PENLET II BLOOD SAMPLER KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PENLET II REPLACEMENT CAP (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NEEDLES &amp; SYRINGES</em>** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1ST TIER UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>AURORA PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>AURORA UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>BD AUTOSHIELD (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD AUTOSHIELD DUO (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE U/F (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE U-500 (insulin syringe/needle u-500)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE MICRO U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE MINI U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE NANO U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE SHORT U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD VEO INSULIN SYRINGE U/F (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAREFINE PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEVER CHOICE COMFORT EZ (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CLICKFINE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020  
92
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2&quot; 0.3 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 29G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 1/2&quot; 0.3 ML, 30G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 15/64&quot; 0.3 ML, 30G X 15/64&quot; 0.5 ML, 30G X 15/64&quot; 1 ML, 31G X 15/64&quot; 0.3 ML, 31G X 15/64&quot; 0.5 ML, 31G X 15/64&quot; 1 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML, 31G X 5/16&quot; 0.5 ML, 31G X 5/16&quot; 1 ML</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64&quot; 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET MICRON (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY GLIDE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ELITE-THIN INSULIN SYRINGE 28G X 1/2&quot; 0.5 ML, 28G X 1/2&quot; 1 ML, 28G X 5/16&quot; 1 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 29G X 1/2&quot; 1 ML, 29G X 5/16&quot; 1 ML, 30G X 5/16&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 1 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML, 31G X 5/16&quot; 0.5 ML, 31G X 5/16&quot; 1 ML</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ELITE-THIN INSULIN SYRINGE 28G X 5/16&quot; 0.5 ML, 29G X 5/16&quot; 0.5 ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EQL INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>FIFTY50 PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>FRED'S PHARMACY UNIFINE PENTIPS+</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>FRED'S PHARMACY UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>FREESTYLE PRECISION INS SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64&quot; 0.3 ML, 31G X 15/64&quot; 0.5 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64&quot; 1 ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL INSULIN SYRINGES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP CLICKFINE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE 27G X 1/2&quot; 0.5 ML, 27G X 1/2&quot; 1 ML, 28G X 1/2&quot; 0.5 ML, 28G X 1/2&quot; 1 ML, 29G X 1/2&quot; 0.3 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 29G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML, 30G X 5/16&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 1 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML, 31G X 5/16&quot; 0.5 ML, 31G X 5/16&quot; 1 ML</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE 29G X 1&quot; 0.3 ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE/NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>INSUPEN PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>INSUPEN SENSITIVE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>INSUPEN ULTRAFIN (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>KINRAY INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>LEADER INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>LEADER UNIFINE PENTIPS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>LITETOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>LITETOUCH PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>LONGS INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MARATHON MEDICAL PENTIPS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2&quot; (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIC INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MICRODOT PEN NEEDLE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MM PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MONOJECT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MS INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE AUTOCOVER (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE PLUS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOTWIST (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PC UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES 1/2&quot;</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES 3/16&quot;</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES 5/16&quot;</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PENTIPS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRECISION SUREDOSE PLUS SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2&quot; 0.5 ML, 28G X 1/2&quot; 1 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 3/8&quot; 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA=medicamento de marca genérico=medicamento de nombre genérico **

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRO COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRODIGY INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PURE COMFORT PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PX INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PX MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PX PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>QC PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>QC UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RA INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RA PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>REALITY INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RELI-ON INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION SHORT PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFESNAP INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY INSULIN SYRINGES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SB INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SECURESAFE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO UNIFINE PENTIPS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-FINE PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-JECT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TRUE COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULCICARE INSULIN SAFETY SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULCICARE INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULCICARE MICRO PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULCICARE MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULCICARE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULCICARE SHORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULCIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>UTILET INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>UTILET INSULIN SYRINGE SHORT</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>UTILET PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA THIN PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II INS SYR SHORT</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUMARK PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VP INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>OSTOMY SUPPLIES</strong>* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA**=medicamento de marca  
**genéricos**=medicamento de nombre genérico  
*Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles*.  
Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  
Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja  
Nivel 2*=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  
Nivel 3*=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  
Nivel 4*=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca  
$0=medicamentos preventivos  
DO=optimización de dosis  
LD=distribución limitada  
PA=autorización previa  
QL=límites de cantidad  
SP=medicamentos especializados  
ST=terapia escalonada  
En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MIGRAINE PRODUCTS</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ERGOT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ergotamine-caffeine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>migergot rectal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MIGRAINE PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dihydroergotamine mesylate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dihydroergotamine mesylate nasal solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE SEROTONIN AGONIST-NSAID COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1)</em>* - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>almotriptan malate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>eletriptan hydrobromide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>frovatriptan succinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naratriptan hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>rizatriptan benzoate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 nasal inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 cartridges per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution</td>
<td>2</td>
<td>QL (5 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 cartridges (2ml) per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>zolmitriptan oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>zolmitriptan oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MINERALS & ELECTROLYTES** - DRUGS FOR NUTRITION

**BICARBONATES** - DRUGS FOR NUTRITION

- sodium acetate intravenous solution 1 or 1b*
- sodium bicarbonate intravenous solution
- SODIUM BICARBONATE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 2

**ELECTROLYTES & DEXTROSE** - DRUGS FOR NUTRITION

- dextrose in lactated ringers intravenous solution 1 or 1b*
- dextrose-nacl intravenous solution 1 or 1b*
- dextrose-sodium chloride intravenous solution 1 or 1b*
- kcl in dextrose-nacl intravenous solution 1 or 1b*
- potassium chloride in dextrose intravenous solution 1 or 1b*

**ELECTROLYTES PARENTERAL** - DRUGS FOR NUTRITION

- hyperlyte-cr intravenous solution 1 or 1b*
- lactated ringers intravenous solution 1 or 1b*
- potassium chloride in nacl intravenous solution 1 or 1b*
- ringers intravenous solution 1 or 1b*

**FLUORIDE** - DRUGS FOR NUTRITION

- fluoritab oral solution 1 or 1a*
- fluoritab oral tablet chewable 1 or 1a*; $0
- flura-drops oral solution 1 or 1a*
- sodium fluoride (Ludent Oral Tablet Chewable) 1 or 1a*; $0
- sodium fluoride (Nafrinse Drops Oral Solution) 1 or 1a*
- sodium fluoride (Nafrinse Oral Tablet Chewable) 1 or 1a*; $0
- sodium fluoride oral solution 1 or 1a*; $0
- sodium fluoride oral tablet 1 or 1a*
- sodium fluoride oral tablet chewable 1 or 1a*; $0

**MAGNESIUM** - DRUGS FOR NUTRITION

- magnesium chloride injection solution 1 or 1b*
- magnesium sulfate injection solution 2

**MANGANESE** - DRUGS FOR NUTRITION

- manganese chloride intravenous solution 1 or 1b*
- manganese sulfate intravenous solution 1 or 1b*

**PHOSPHATE** - DRUGS FOR NUTRITION

- K-PHOS ORAL TABLET (potassium phosphate monobasic) 2
- k phos mono-sod phos di & mono (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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sodium phosphates intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virt-phos 250 neutral oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>POTASSIUM COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pot bicarb-pot chloride oral tablet effervescent</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>POTASSIUM</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium bicarbonate (Effer-K Oral Tablet Effervescent)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride crys er (Klor-Con M10 Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>klor-con m15 oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride crys er (Klor-Con M20 Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con Oral Packet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con Sprinkle Oral Capsule Extended Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium bicarbonate (K-Prime Oral Tablet Effervescent)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium acetate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium bicarbonate oral tablet effervescent</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride crys er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride er oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SODIUM</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush (Monoject Flush Syringe Intravenous Solution)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush (Monoject Sodium Chloride Flush Intravenous Solution)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>normal saline flush intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>saline flush intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush (Saline Flush Zr Intravenous Solution)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (pf) injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride intravenous solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush (Swabflush Saline Flush Intravenous Solution)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRACE MINERAL COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multitrace-4 concentrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multitrace-5 concentrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>TRACE MINERALS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chromic chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>copper chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selenium intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ZINC</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zinc chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zinc sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MONOBACTAMS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aztreonam injection solution reconstituted</td>
<td></td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS</em> - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANESTHETICS TOPICAL ORAL</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-INFECTIVES - THROAT</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole mouth/throat troche</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin mouth/throat suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorhexidine gluconate (Paroex Mouth/Throat Solution)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorhexidine gluconate (Periogard Mouth/Throat Solution)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>FLUORIDE DENTAL PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride (Cavarest Dental Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride (Dentagel Dental Gel)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>easygel dental gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neutral sodium fluoride mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sf dental gel</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride 5000 ppm dental cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SALIVA STIMULANTS</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cevimeline hcl oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pilocarpine hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>STEROIDS - MOUTH/THROAT</strong>* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Oralone Mouth/Throat Paste)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>*<em>MULTIVITAMINS</em> - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>B-COMPLEX W/ C &amp; FOLIC ACID</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-plex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Dexifol Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Dialyvite Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folbee plusoral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Genicin Vita-S Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hylavite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lorid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mynephrocaps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Mynephron Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Nephronex Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Renal Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>reno caps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triphrocaps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tronvite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virt-caps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vp-vite rx oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS &amp; FOLIC ACID</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>corvita oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>biocel oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-plex plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Corvite Free Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Lysiplex Plus Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICAZEL FORTE ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICAZEL ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Nutrifac Zx Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>v-c forte oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Vic-Forte Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Vita S Forte Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vita-min oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PED MULTI VITAMINS W/FL &amp; FE</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vit/iron/fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamin/fluoride/iron oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PED MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS &amp; C</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pediatric multivit-minerals-c (Vitamax Pediatric Oral Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PED MV W/ FLUORIDE</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamin/fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin/fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 1 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamins/fluoride oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pediatric multivitamins-fl (Mvc-Fluoride Oral Tablet Chewable 0.25 Mg, 0.5 Mg)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pediatric multivitamins-fl (Mvc-Fluoride Oral Tablet Chewable 1 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>adc/f (0.5mg/ml) oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tri-vitamin/fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tri-vite/fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamins acd-fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>PRENATA MV &amp; MIN W/FE-FA</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>elite-ob oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>inatal gt oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATAL PLUS ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNAT-Z ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNV TABS 29-1 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prenatabs rx oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL-U ORAL CAPSULE (prenatal w/o a vit-fit-fum-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREPLUS ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRETAB ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SE-NATAL 19 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THRVITE 19 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRINATAL RX 1 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trinate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE II ORAL TABLET (prenatal vit w/fe bisg-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE M ORAL TABLET (prenatal vit-sel-fe fum-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE ONE ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VOL-PLUS ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VOL-TAB RX ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATA MV &amp; MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 400 EC ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 400 ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 430 EC ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 430 ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIVEEN-DUO DHA ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATAL VITAMINS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMESISRX ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENA1 ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS</strong> - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CENTRAL MUSCLE RELAXANTS</strong> - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>baclofen intrathecal solution</em></td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>baclofen oral tablet 20 mg</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>carisoprodol oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>cyclobenzaprine hcl oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>fexmid oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>chlorzoxazone (Lorzone Oral Tablet)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>metaxalone oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>methocarbamol injection solution</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>methocarbamol oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>orphenadrine citrate injection solution</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>tizanidine hcl oral capsule</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>tizanidine hcl oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DIRECT MUSCLE RELAXANTS</strong> - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>dantrolene sodium intravenous solution reconstituted</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>dantrolene sodium oral capsule</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>dantrolene sodium</em> (Revento Intravenous Solution Reconstituted)*</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS</strong> - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>carisoprodol-aspirin oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>orphengesic forte oral tablet</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VICOSUPPLEMENTS</strong> - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (hyaluronan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (hyaluronan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (hylan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (hylan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL</em> - DRUGS FOR THE NOSE</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINE-STEROID</strong>* - ALLERGY</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DYMISTA NASAL SUSPENSION (azelastine-fluticasone)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NASAL ANTICHOLINERGICS</strong>* - ALLERGY</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NASAL ANTIHISTAMINES</strong>* - ALLERGY</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 package per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>olopatadine hcl nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NASAL STEROIDS</strong>* - ALLERGY</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate nasal suspension</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB</strong>* - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (sacubitril-valsartan)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>NEUROMUSCULAR AGENTS</em> - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>riluzole oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS</strong>* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>succinylcholine chloride injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS</strong>* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atracurium besylate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cisatracurium besylate (pf) intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cisatracurium besylate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pancuronium bromide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rocuronium bromide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vecuronium bromide intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>NUTRIENTS</em> - DRUGS FOR NUTRITION</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMINO ACID MIXTURES</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amino acids (Aminoamrms Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>AMINO ACIDS-SINGLE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n-acetyl-l-cysteine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CARBOHYDRATES</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dextrose intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MISC. NUTRITIONAL SUBSTANCES COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARDIOVID PLUS ORAL CAPSULE (dha-epa-vit b6-b12-folic acid)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC AGENTS</em> - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALPHA ADRENERGIC AGONIST &amp; CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB</em>** - DRUGS FOR GLAUCOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (brinzolamide-brimonidine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR GLAUCOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (brimonidine tartrate-timolol)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC</em>** - DRUGS FOR GLAUCOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betaxolol hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (betaxolol hcl)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carteolol hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levobunolol hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>timolol maleate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLOPLEGIC MYDRIATICS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenylephrine hcl (Altafrin Ophthalmic Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclopentolate hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenylephrine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tropicamide ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MIOTICS - DIRECT ACTING</em>** - DRUGS FOR GLAUCOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pilocarpine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC ANTIALлерGIC</em>** - DRUGS FOR ITCHY EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azelastine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 24 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>cromolyn sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>epinastine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC ANTIBIOTICS</strong>* - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gatifloxacin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentak ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin sulfate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levofloxacin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ofloxacin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS</strong>* - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ak-poly-bac ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-bacitracin zn-polymyx (Neo-Polycin Ophthalmic Ointment)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin-polymyxin b (Polycin Ophthalmic Ointment)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC ANTIVIRALS</strong>* - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trifluridine ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR GLAUCOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION (brinzolamide)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ak-fluor intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>altafluor benox ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluorescein-benoxinate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluorescein sodium (Fluor-I-Strips A.T. Ophthalmic Strip)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluorescein sodium (Glostrips Ophthalmic Strip)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lissamine green ophthalmic strip</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>proparacaine-fluorescein ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS</strong>* - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (cyclosporine)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balanced salt intraocular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>proparacaine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tetracaine hcl (Tetcaine Ophthalmic Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tetracaine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</strong>* - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (nepafenac)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR GLAUCOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION (brimonidine tartrate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>apraclonidine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>brimonidine tartrate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS</strong>* - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin-polymyxin-neo-hc (Neo-Polycin Hc Ophthalmic Ointment)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (tobramycin-dexamethasone)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (loteprednol-tobramycin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC STEROIDS</strong>* - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (difluprednate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (10 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluorometholone ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>LOTEMAX OPHTHALMIC GEL</strong> (loteprednol etabonate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT</strong> (loteprednol etabonate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>loteprednol etabonate ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone acetate ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC SULFONAMIDES</em>** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC SURGICAL AIDS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hypromellose (Ocucoat Viscoadherent Intraocular Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS</em>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION</strong> (cysteamine hcl)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC</em>** - DRUGS FOR GLAUCOMA</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bimatoprost ophthalmic solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>latanoprost ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION** (bimatoprost)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION (travoprost)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>travoprost (bak free) ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OTIC AGENTS</em> - DRUGS FOR THE EAR</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS</em>** - WAX REMOVAL</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetic acid otic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OTIC ANALGESIC COMBINATIONS</em>** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pramoxine-hc-chloroxylenol (Cortic-Nd Otic Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>exotic-hc otic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OTIC ANTI-INFECTIVES</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciprofloxacin hcl otic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ofloxacin otic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS</em>** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CIPRODEX OTIC SUSPENSION (ciprofloxacin-dexamethasone)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin-hc otic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OTOVEL OTIC SOLUTION (ciprofloxacin-fluocinolone)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OTIC STEROIDS</em>** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide (Flac Otic Oil)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide otic oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone-acetic acid otic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>OXYTOCICS</em> - HORMONES</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carboprost tromethamine intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OXYTOCICS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylergonovine maleate (Methergine Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylergonovine maleate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylergonovine maleate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxytocin injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PA ENDONUCLEASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PA ENDONUCLEASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XOFLUZA ORAL TABLET THERAPY PACK (baloxavir marboxil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 dose pack per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>PASSIVE IMMUNIZING AGENTS</em> - BIOLOGICAL AGENTS</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTITOXINS-ANTIVENINS</strong>* - BIOLOGICAL AGENTS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (centruroides (scorpion) im fab)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (crotalidae polyval immune fab)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IMMUNE SERUMS</strong>* - BIOLOGICAL AGENTS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (immune globulin (human))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML (immune globulin (human))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 30 GM/300ML (immune globulin (human))</td>
<td>4</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PCSK9 INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE HEART**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PCSK9 INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE HEART**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (alirocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 injection per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (evolocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 injector per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (evolocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (evolocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 syringe per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
### Nombre del medicamento recetado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>PENICILLINS</em> - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>AMINOPENICILLINS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NATURAL PENICILLINS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin g potassium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin g sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin v potassium oral solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin v potassium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Pfizerpen injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PENICILLIN COMBINATIONS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (amoxicillin-pot clavulanate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS</em>** - ANTIBIOTICS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicloxacillin sodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nafcillin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxacillin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (lanadelumab-flyo)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

114
<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>POTASSIUM REMOVING AGENTS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate (Kionex Oral Suspension)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral powder</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate rectal suspension 30 gm/120ml</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate rectal suspension 50 gm/200ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate (Sps Oral Suspension)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>PROGESTINS</em> - HORMONES</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (25 mL per 21 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>medroxyprogesterone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>megestrol acetate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>progesterone intramuscular oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>progesterone micronized oral capsule 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>progesterone micronized oral capsule 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><em>PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.</em> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</em>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acamprosate calcium oral tablet delayed release</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>disulfiram oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BENZODIAZEPINES &amp; TRICYCLIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlordiazepoxide-amlitriptyline oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>donepezil hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>donepezil hcl oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>galantamine hydrobromide oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>galantamine hydrobromide oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rivastigmine tartrate oral capsule</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rivastigmine transdermal patch 24 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tetrabenazine oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUBAGIO ORAL TABLET (teriflunomide)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS</strong>* - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (interferon beta-1b)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT (interferon beta-1b)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS</strong>* - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TECFIDERA ORAL (dimethyl fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG (dimethyl fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP (14 capsules per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG (dimethyl fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - POTASSIUM CHANNEL BLOCKERS</strong>* - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS</strong>* - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIAN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (glatiramer acetate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl oral solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (memantine hcl)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHENOTHIAZINES &amp; TRICYCLIC AGENTS</em>** - DRUGS FOR DEPRESSION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>perphenazine-amitriptyline oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS</em>** - DRUGS FOR DEPRESSION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ergoloid mesylates oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pimozide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SMOKING DETERRENTS</em>** - DRUGS FOR DEPRESSION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET (varenicline tartrate)</td>
<td>2; $0</td>
<td>PA; QL (60 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG (varenicline tartrate)</td>
<td>2; $0</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX ORAL TABLET 1 MG (varenicline tartrate)</td>
<td>2; $0</td>
<td>PA; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET (varenicline tartrate)</td>
<td>2; $0</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTROL INHALATION INHALER (nicotine)</td>
<td>2; $0</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTROL NS NASAL SOLUTION (nicotine)</td>
<td>2; $0</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS</em>** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GILENYA ORAL CAPSULE (fingolimod hcl)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (siponimod fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAYZENT ORAL TABLET 2 MG (siponimod fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>THIENBENZODIAZEPINES &amp; SSRRS</em>** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020  

117
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Vasomotor Symptom Agents - SSRIs</strong> - Drugs for the Nervous System</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine mesylate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pulmonary Fibrosis Agents - Kinase Inhibitors</strong> - Drugs for Cancer</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pulmonary Fibrosis Agents - Kinase Inhibitors</strong> - Drugs for Cancer</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OFEV ORAL CAPSULE (nintedanib esylate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Respiratory Agents - Misc.</strong> - Drugs for the Lungs</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Hydrolytic Enzymes</strong> - Drugs for the Lungs</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PULMOZYME INHALATION SOLUTION (dornase alfa)</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Serotonin Modulators</strong> - Drugs for the Nervous System</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nefazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sodium-Glucose Co-Transporter 2 Inhibitor-Biguanide Comb</strong> - Hormones</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Sodium-Glucose Co-Transporter 2 Inhibitor-Biguanide Comb</strong> - Hormones</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY ORAL TABLET (empagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG (empagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (empagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (dapagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (dapagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (dapagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Steroids - Mouth/Throat/Dental</strong> - Drugs for the Mouth and Throat</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Steroids - Mouth/Throat/Dental</strong> - Drugs for the Mouth and Throat</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Oralone Mouth/Throat Paste)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

118
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicaments</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>avidoxy oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl (Coremino Oral Tablet Extended Release 24 Hour)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>demeclocycline hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate (Doxycycline 100 Intravenous Solution Reconstituted)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate (Mondoxyne Nl Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate (Morgidox Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate (Okebo Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tetracycline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**TETRACYCLINES*** - DRUGS FOR INFECTIONS

**TETRACYCLINES*** - ANTIBIOTICS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicaments</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicaments</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>methimazole oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propylthiouracil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**THYROID AGENTS*** - HORMONES

**ANTITHYROID AGENTS*** - DRUGS FOR THYROID

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicaments</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Euthyrox Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Levo-T Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Levoxyl Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>liothyronine sodium intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>np thyroid oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thyroid oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Unithroid Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**THYROID HORMONES*** - DRUGS FOR THYROID

**THYROID HORMONES*** - DRUGS FOR THYROID

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicaments</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>TOXOIDS</em> - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOXOID COMBINATIONS</strong>* - VACCINES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphth-acell pertussis)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphth-acell pertussis)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (diphth-acell pertussis-tetanus)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (diphth-acell pertussis-tetanus)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (dtap-ipv vaccine)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (dtap-hepatitis b recomb-ipv)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (dtap-ipv-hib vaccine)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (dtap-ipv vaccine)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphtheria toxoids td)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (tetanus-diphtheria toxoids td)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ULCER DRUGS</em> - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlor Diazepoxide-clidinium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTISPASMODICS</em>** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl intramuscular solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BELLADONNA ALKALOIDS</em>** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atropine sulfate injection solution</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atropine sulfate injection solution prefilled syringe</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hyoscyamine sulfate er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hyoscyamine sulfate sl sublingual tablet sublingual</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>H-2 ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cimetidine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cimetidine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>famotidine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine premixed intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nizatidine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nizatidine oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ranitidine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ranitidine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ranitidine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ranitidine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MISC. ANTI-ULCER</em>** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sucralfate oral suspension</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sucralfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROTON PUMP INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (dexlansoprazole)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>omeprazole oral capsule delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>QUATERNARY ANTICHOLINERGICS</em>** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycopyrrolate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycopyrrolate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methscopolamine bromide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propantheline bromide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS</em>** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>misoprostol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTI-INFECTIVES</em> - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTI-INFECTIVES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine hippurate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine mandelate oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTI-SEPTIC-ANTISPASMODIC &amp;/OR ANALGESICS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meth-hyo-m bl-na phos-ph sal (Uretron D/S Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>methen-hyosc-meth blue-na phos (Uryl Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>uticap oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meth-hyo-m bl-na phos-ph sal (Utrona-C Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM

*BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER

**MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR**
(mirabegron) 3

**URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC)*** - DRUGS FOR THE BLADDER

darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 2
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 1 or 1b*
oxybutynin chloride oral syrup 1 or 1b*
oxybutynin chloride oral tablet 1 or 1b*
solifenacin succinate oral tablet 2
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 1 or 1b*
tolterodine tartrate oral tablet 1 or 1b*

**TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR**
(fesoterodine fumarate) 3
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 2
trospium chloride oral tablet 2

**URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINICS (ANTICHOL)*** (NEW) - DRUGS FOR THE BLADDER

darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour 2
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 1 or 1b*
oxybutynin chloride oral syrup 1 or 1b*
oxybutynin chloride oral tablet 1 or 1b*
solifenacin succinate oral tablet 2
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 1 or 1b*
tolterodine tartrate oral tablet 1 or 1b*

**TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR**
(fesoterodine fumarate) 3
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour 2
trospium chloride oral tablet 2

*URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER

**MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR**
(mirabegron) 3

---

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE BLADDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bethanechol chloride oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS</em>** (NEW) - DRUGS FOR THE BLADDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bethanechol chloride oral tablet</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS</em>** - DRUGS FOR THE BLADDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flavoxate hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS</em>** (NEW) - DRUGS FOR THE BLADDER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flavoxate hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>VACCINES</em> - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BACTERIAL VACCINES</em>** - VACCINES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (haemophilus b polysac conj vac)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BCG VACCINE INJECTION INJECTABLE</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (meningococcal b recomb omv adj)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (anthrax vaccine adsorbed)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (haemophilus b polysac conj vac)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE (meningococcal a c y&amp;w-135 conj)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (meningococcal a c y&amp;w-135 olig)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (haemophilus b polysac conj vac)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNEUMOVAX 23 INJECTION INJECTABLE (pneumococcal vac polyvalent)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVNAR 13 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (pneumococcal 13-val conj vac)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (meningococcal b vac (recomb))</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (typhoid vi polysaccharide vacc)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (cholera vac live attenuated)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (typhoid vaccine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>VIRAL VACCINE COMBINATIONS</strong>* - VACCINES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M-M-R II INJECTION SOLUTION REconstituted <strong>(measles, mumps &amp; rubella vac)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION REconstituted (<strong>measles-mumps-rubella-varicell)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(hepatitis a-heap b recomb vac)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VIRAL VACCINES</strong>* - VACCINES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION <strong>(influenza vac split quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac split quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION <strong>(hepatitis b vac recombinant)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENGERIX-B INTRAMUSCULAR INJECTABLE <strong>(hepatitis b vac recombinant)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac a&amp;b surf ant adj)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUARIX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac split quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUBLOK QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac recomb ha quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION <strong>(influenza vac subunit quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac subunit quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION <strong>(influenza vac split quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac split quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac split high-dose)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION <strong>(influenza vac split quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(influenza vac split quad)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION <strong>(hpv 9-valent recomb vaccine)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE <strong>(hpv 9-valent recomb vaccine)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION <strong>(hepatitis a vaccine)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE <strong>(hepatitis b vac recomb adj)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020

124
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE (rabies virus vaccine, hdc)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IPOL INJECTION INJECTABLE (poliovirus vaccine inactivated)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (japanese encephalitis vac inac)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RABAERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (rabies vaccine, pce)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (hepatitis b vac recombinant)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (rotavirus vaccine live oral)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROTATEQ ORAL SOLUTION (rotavirus vac live pentavalent)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (zoster vac recomb adjuvanted)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (hepatitis a vaccine)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (varicella virus vaccine live)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (yellow fever vaccine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (zoster vaccine live)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*VAGINAL PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN

*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR INFECTIONS

- miconazole 3 vaginal suppository 1 or 1b*
- terconazole vaginal cream 1 or 1b*
- terconazole vaginal suppository 1 or 1b*

*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*
- metronidazole (Vandazole Vaginal Gel) 1 or 1b*

*VAGINAL ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN

- estradiol vaginal cream 1 or 1b*
- estradiol vaginal tablet 1 or 1b* QL (18 tablet per 28 days)
- PREMARIN VAGINAL CREAM (estrogens, conjugated) 2 QL (1 gm per 1 day)
- estradiol (Yuvafem Vaginal Tablet) 1 or 1b* QL (18 tablet per 28 days)

*VAGINAL PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN

- ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (progesterone) 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 un costo compartido más alta que lo del nivel 2  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>VASOPRESSORS</strong> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS</em>* - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION</td>
<td>epinephrine injection solution auto-injector</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (epinephrine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 syringes per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VASOPRESSORS</strong> - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION</td>
<td>dobutamine hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>dobutamine in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>dopamine hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>dopamine in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ephedrine sulfate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>epinephrine pf injection solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>midodrine hcl oral tablet</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>norepinephrine bitartrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMINS</strong> - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PABA</em>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td>aminobenzoate potassium oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN B-1</strong> - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td>thiamine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN B-6</strong> - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td>pyridoxine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN C</strong> - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td>ascorbic acid injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN D</strong> - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td>ergocalciferol oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN K</strong> - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td>phytonadione injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>phytonadione oral tablet</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>vitamin k1 injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 04/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Drug Name</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fluoxetine Hcl</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluoxetine Hcl (pmd)</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluphenazine Decanoate</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluphenazine Hcl</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluradrenolide</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Flurazepam Hcl</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Flurbiprofen</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Flurbiprofen Sodium</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>Flutamide</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluticasone Propionate</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluticasone-salmeterol</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvalerate Sodium</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvalerate Sodium Er</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvoxamine Maleate</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvoxamine Maleate Er</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluoxetine Hfa</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluoxetine Hfa</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluoxetine Hcl</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluphenazine Decanoate</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluphenazine Hcl</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluradrenolide</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Flurazepam Hcl</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>Flurbiprofen</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Flurbiprofen Sodium</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>Flutamide</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluticasone Propionate</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluticasone-salmeterol</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvalerate Sodium</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvalerate Sodium Er</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvoxamine Maleate</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Fluvoxamine Maleate Er</td>
<td>28</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR*/NEEDLE | 94
**GLOBAL EASY GLIDE INSULIN PEN NEEDLES** | 94
**GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR*/NEEDLE | 94
**GLOBAL INJECT EASE INSULIN PEN NEEDLES** | 94
**GLOBAL ULTRA COM INSULIN SYRINGE** | 94
**GONAL-F RFF REDJECT** | 78
**GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE** | 94
**GOODSENSE PEN NEEDLE PENS** | 94
**GRANISETRON HCL** | 33
**GRIZEOFULVIN MICROSIZE** | 33
**GRIZEOFULVIN ULTRAMICROSIZE** | 34
**GUAIATUTASIN AC** | 65
**GUAINFCIN DAC** | 65
**GUAINFCIN HCL** | 39
**GUAINFCIN HCL ER** | 11

**HEALTHWISE INSULIN SYR*/NEEDLE | 94
**HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES** | 94
**HEALTHWISE MINI PEN NEEDLES** | 94
**HEALTHWISE PEN NEEDLES** | 94
**HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES** | 94
**HEALTHWISE UNIFINE PENTIPS** | 94
**HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP** | 94
**HEATHER** | 62
**H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES** | 94
**H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP** | 94
**HEMATINIC PLUS VIT/MINERALS** | 86
**HEMATINIC/FOLIC ACID** | 87
<table>
<thead>
<tr>
<th>Product Name</th>
<th>Quantity</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON</td>
<td>18FR/2.7CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/3.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/4.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20FR/0.8CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20FR/1.2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20FR/1.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>20FR/2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/1CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/2.3CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/2.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/3CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/3.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/4.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14FR/5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/0.8CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/1CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/1.2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/1.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/1.7CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/2.3CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/3CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/3.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/4.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>16FR/5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/0.8CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/1CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/1.2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/1.5CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/1.7CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/2CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/2.3CM</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18FR/2.5CM</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**KANGAROO BALLOON**

- **18FR/2.7CM**
- **18FR/2CM**
- **18FR/3.5CM**
- **18FR/4.5CM**
- **18FR/5CM**
- **20FR/0.8CM**
- **20FR/1.2CM**
- **20FR/1.5CM**
- **20FR/2CM**
- **14FR/1CM**
- **14FR/2CM**
- **14FR/2.3CM**
- **14FR/2.5CM**
- **14FR/3CM**
- **14FR/3.5CM**
- **14FR/4.5CM**
- **14FR/5CM**
- **16FR/0.8CM**
- **16FR/1CM**
- **16FR/1.2CM**
- **16FR/1.5CM**
- **16FR/1.7CM**
- **16FR/2CM**
- **16FR/2.3CM**
- **16FR/3CM**
- **16FR/3.5CM**
- **16FR/4.5CM**
- **16FR/5CM**
- **18FR/0.8CM**
- **18FR/1CM**
- **18FR/1.2CM**
- **18FR/1.5CM**
- **18FR/1.7CM**
- **18FR/2CM**
- **18FR/2.3CM**
- **18FR/2.5CM**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Drug Name</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>lidocaine hcl</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (cardiac)</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (cardiac) pf</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (pf)</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine in d5w</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine viscous hcl</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-epinephrine</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-hydrocortisone ace</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-prilocaine</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Lido-Sorb</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>LIFESCAN UNISTIK 2</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>LIFESCAN UNISTIK II LANCETS</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Lillow</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>lineane</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid in sodium chloride</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>LINZESS</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate er</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>lmd in d5w</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>lmd in nac</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>LO LOESTRIN FE</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Lojaimess</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>LONGS INSULIN SYRINGE</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>loperamide hcl</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>lopinavir-ritonavir</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Lopreeza</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorazepam Intensol</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorrec</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorrec Hj</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorrec Plus</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>lorid</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorynna</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Lorzone</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium-tez</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium-hetz</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>LOTEMAX</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>loteprednol etabonate</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>lovastatin</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Low-Ogestrel</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>loxapine succinate</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Lo-Zumandimine</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Ludent</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>luliconazole</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>LUMIGAN</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>Lutera</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Lysiplex Plus</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>LYSDOREN</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Lyza</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>mafenide acetate</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>MAGELLAN INSULIN SAFETY</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>magnesia chlorid</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>magnesium sulfate</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>malathion</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>manganese chloride</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>manganese sulfate</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>mannitol</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>maprotiline hcl</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>MARATHON MEDICAL PENTIPS</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>MATLANE</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Matzim La</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (10 TABS)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (4 TABS)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (5 TABS)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (6 TABS)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (7 TABS)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (8 TABS)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (9 TABS)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVYRET</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIC INSULIN SYRINGE</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIC SHOPPE PEN NEEDLES</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>medroxyprogesterone acetate</td>
<td>62, 115</td>
</tr>
<tr>
<td>mefenamic acid</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>melflouquine hcl</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>megestrol acetate</td>
<td>45, 115</td>
</tr>
<tr>
<td>MELJER PEN NEEDLES</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>MEFIXIST</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Melodetta 24 Fe</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>meloxicam</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>melphane hp</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>melphalan</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl er</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>MENCRAFT</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>MENEST</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>MENVEO</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>neperidine hcl</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>meprobarate</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>mercaptopurine</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>meporepen</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine er</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine-cleanser</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>mesna</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Metadate Er</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>metaprotenerol sulfate</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>metaxalone</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>metformin hcl</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>metformin hcl er</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Methadone Hcl Intensol</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Methadose</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>methamphetamine hcl</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>methazolamide</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine hippurate</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine mandelate</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>Methingine</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>methylazolate</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>methocarbamil</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium (pf)</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>methoxalen rapid</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>methscopolamine bromide</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>methyl-dopa</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>methyl-dopa-hydrochlorothiazide</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>methylene blue</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>methylgeronovine maleate</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (cd)</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (la)</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone acetate</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone sodium succ</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>methylene valerate</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>metocelopramide hcl</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>metolazone</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol succinate</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol-hydrochlorothiazide</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole</td>
<td>39, 74, 125</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole in nac</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>mexiletine hcl</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Mibelas 24 Fe</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>miconazole 3</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>MICRODOT PEN NEEDLE</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin 1.5/30</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin 1/20</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin Fe 1.5/30</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin Fe 1/20</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl (pf)</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>midodrine hcl</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>mifepristone</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>migerget</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>miglitol</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>miglustat</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>Mili</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate in dextrose</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Minwey</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Minitran</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl er</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>minoxidil</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>mirtazapine</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>misoprostol</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitigo</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>MM INSULIN SYRINGE</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>M-M-R II</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>modafinil</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>moexipril hcl</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>molindone hcl</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate</td>
<td>71, 108</td>
</tr>
<tr>
<td>Mondoxyne NI</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Drug Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>streptomycin sulfate</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>STIOLTO RESPIMAT</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMBRINZA</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>Sipimila</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI</td>
<td>13, 14</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI ARIA</td>
<td>13, 14</td>
</tr>
<tr>
<td>simvastatin</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>sirolimus</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>SKYRIZI (150 MG DOSE)</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>SLYND</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>sod citrate-citric acid</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium acetate</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium bicarbonate</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>SODIUM BICARBONATE-DEXTROSE</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride</td>
<td>65, 83, 102</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (pf)</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride 5000 ppm</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium hyaluronate</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium phenylbutyrate</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium phosphates</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate</td>
<td>53, 115</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium sulfacetamide</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium tetradecyl sulfate</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>SOFOSEBUVIR-VELPASAVIR</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>solifenacin succinate</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>SOLTAMOX</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>SOMATULINE DEPOT</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>SOMAVENT</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>Sorine</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>sotolol hcl</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>sotolol hcl (af)</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>sotolol hydrochloride</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>Sotrudecol</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>spironosad</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>SPIRIVA HANDIHALER</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>SPIRIVA RESPIMAT</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>spironolactone</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>spironolactone-hctz</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>SPRYCEL</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>SpS</td>
<td>53, 115</td>
</tr>
<tr>
<td>Sroxyx</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Ssd</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>sss 10-5</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>STAMARIL</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>stavudine</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>STELARA</td>
<td>69, 88</td>
</tr>
<tr>
<td>sterile water for irrigation</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>STIOLOTO RESPIMAT</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>STIVARGA</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>streptomycin sulfate</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>STRIBILD</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite Starter Kit-Blue</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite Starter Kit-Green</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite Starter Kit-Orange</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Succinylcholine chloride</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>sulafurate</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>sulconazole nitrate</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium (acne)</td>
<td>66, 112</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium (acne)</td>
<td>66, 67</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur</td>
<td>66, 67</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur</td>
<td>66, 67</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide-prednisolone</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamethoxazole-trimethoprim</td>
<td>39, 40</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacalazine</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Sulfatrim Pediatric</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>sulindac</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate refil</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan-naproxen sodium</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPREP BOWEL PREP KIT</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT INSULIN</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>sure result dss premium pack</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-FINE PEN NEEDLES</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-JECT INSULIN SYRINGE</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>SUTENT</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Swabflush Saline Flush</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>Syeda</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMBICORT</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMFI</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMFI LO</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMLIPEN 120</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMLIPEN 60</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAREL</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY XR</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNVISIC</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNVISIC ONE</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>TABLOID</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>tacrolimus</td>
<td>52, 74</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafl</td>
<td>56, 57</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafl (pah)</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>TAFINLAR</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>TAKHYZO</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>TALIVA</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>tamoxifen citrate</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>tamsulosin hcl</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>taperdex 12-day</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Taperdex 6-Day</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>Taperdex 7-day</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>TARGETIN</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarina 24 Fe</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarina Fe 1/20</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Tarina Fe 1/20 Eq</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Taron-Crystals</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>TASIGNA</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>TAYTULLA</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>tazarotene</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Tazicef</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Tazicef</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>TAZORAC</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Tazitia Xt</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>TDVAX</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>TECFIDERA</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE INSULIN SYRINGE</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE PEN NEEDLES</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-amlodipine</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-hctz</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>temazepam</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMIXYS</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>temozolomide</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>tencon</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>TENIVAC</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>tenofovir disoproxil fumarate</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>terazosin hcl</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>terbinafine hcl</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>terbutaline sulfate</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>terconazole</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>Terrell</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone cypionate</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone enanthate</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Tetcaine</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>tetraclavine</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>tetracaine hcl</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>tetracycline hcl</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>THALOMID</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>THEO-24</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline er</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>thiamine hcl</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>thioridazine hcl</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>thiothixene</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>THRIVITE 19</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>thyroid</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Tiadylt Er</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>tiagabine hcl</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Tilia Fe</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>timolol maleate</td>
<td>54, 109</td>
</tr>
<tr>
<td>timizadole</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Tis-U-Sol</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>TIVICAY</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>tizanidine hcl</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>ti hydroquinone</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>til-hem 150</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>TOBRADEX</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin</td>
<td>12, 110</td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin sulfate</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin-dexamethasone</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAY'S HEALTH MINI PEN NEEDLES</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAY'S HEALTH PEN NEEDLES</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAY'S HEALTH SHORT PEN NEEDLE</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>tolbutamide</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>tolcapone</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>tolmetin sodium</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>tolerodine tartrate</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>tolerodine tartrate er</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>Drug Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>Tri-Sprintec</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Tri-Previfem</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>TOUJEO MAX SOLOSTAR</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>TOUJEO SOLOSTAR</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Tovet</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>TOVIAZ</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>TRACLEER</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>TRAJDENTA</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er (biphasic)</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol-acetaminophen</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril-verapamil hcl er</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>tranexamic acid</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>TRAVATAN Z</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>travoprost (buk free)</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>trazodone hcl</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELSAR MIXJECT</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>treprostinil</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin</td>
<td>56, 67</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin (emollent)</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin microsphere</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin microsphere pump</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>TREXALL</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>tregix</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Tri Femynor</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>trimacinolone acetoneide ...4, 72, 104, 118</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene-hctz</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>Trianex</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>triazolam</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>tricarboxylate</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>Tricon</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>Triderm</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>trientine hcl</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Tri-Estarylla</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>trifluoperazine hcl</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>trifluridine</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUMEOQ</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIVEEN-DUO DHA</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>tri-vitamin/fluoride</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>tri-vite/fluoride</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>Trivora (28)</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Tri-Vylibra</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Tri-Vylibra Lo</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>trociane</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>tropicamidite</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>trosplinum chloride</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>trosplinum chloride er</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUE COMFORT INSULIN</td>
<td>131</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUE COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS 5-BEVEL PEN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS INSULIN SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS PEN NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>TRULICITY</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUMENBA</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUVADA</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>trymine ce</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>Tulana</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>TUSSCAPS</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>TWINRIX</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>Tydemy</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>TYKERB</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>TYPHIM VI</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTCARE INSULIN SAFETY</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>SYR</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTCARE INSULIN SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTCARE MICRO PEN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTCARE MINI PEN NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTCARE PEN NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTCARE SHORT PEN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTIGUARD SAFEPACK PEN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>NEEDLE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET INSULIN SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET PEN NEEDLE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA COMFORT INSULIN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA THIN PEN NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE INSULIN SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE PEN NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-COMFORT INSULIN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II INS SYR SHORT</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II INSULIN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II MINI PEN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>NEEDLE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>urea nail</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>urea-c40</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Uredeb</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>uremez-40</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>Uretron D/S</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>ursodiol</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Urdyl</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>uticap</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>Utrona-C</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>valacyclovir hcl</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>valganciclovir hcl</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>valproate sodium</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>valproic acid</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan-hydrochlorothiazide</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUE HEALTH INSULIN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUMARK PEN NEEDLES</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>vancomycin hcl</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>VANDazole</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>VANISHPOINT INSULIN</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>VAQTA</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>vardenafil hcl</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>VARIVAX</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>VASCPEA</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>VAXCHORA</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>v-c forte</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>vecuronium bromide</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>Velivet</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl er</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>VENTAVIS</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Vic-Forte</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>Vicodin Hp</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>VICTOZA</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNIFINE PENTIPS</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>Vienna</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>vigabatrin</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Vigadrone</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE II</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>VİNATE M</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>VİNATE ONE</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>VIOKACE</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>viorele</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>VIREAD</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>viert-caps</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Vitr-Gard</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>virit-phos 250 neutral</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>virtuscin a/c</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>virtuscin dac</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>Vita S Forte</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>Vitamax Pediatric</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMEZ</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>vita-min</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin d (ergocalciferol)</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin kI</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>vitamins acd-fluoride</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVOTIF</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>Volnea</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>VOL-PLUS</td>
<td>106</td>
</tr>
</tbody>
</table>
VOL-TAB RX.................................106
voriconazole................................34
VOSEVI..........................................87
VOTRIENT.........................................44
VP INSULIN SYRINGE.............................97
vp-vite rx.........................................104
Vyfemla...........................................61
Vylibra...........................................61
VYVANSE..........................................11
warfarin sodium................................24
water for irrigation, sterile...................52
WEGMANS UNIFINE PENTIPS
PLUS.......................................................97
Wera...................................................61
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.................90
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.................90
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.................90
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.................90
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.................91
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.................91
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.................91
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.................91
Wixela Inhub.......................................22
Wymzya Fe..........................................61
XALKORI.............................................44
XARELTO.............................................24
XARELTO STARTER PACK.....................24
XELJANZ.............................................13
XELJANZ XR.........................................13
XIGDUO XR...........................................118
XIIDRA................................................89
XOFLUZA.............................................113
XTANDI...............................................42
xulane..............................................61
Xylocaine Dental..................................89
YF-VAX.............................................125
Yuvaferm..........................................125
zafirlukast.......................................23
zaleplon..........................................88
Zarah...............................................61
ZARXIO...............................................86
Zebutal.............................................16
ZELBORAF..........................................42
Zenatane..........................................67
ZENPEP.............................................75
zenzedi.............................................11
zidovudine.......................................50, 51
zileuton er.........................................22
zinc chloride.....................................103
zinc sulfate.......................................103
zionodil 100.......................................73
ziprasidone hcl..................................47
ZOLINZA.............................................42
zolmitriptan.....................................100, 101
zolpidem tartrate................................88
zonisamide.......................................26
ZORTRESS..........................................52
ZOSTAVAX..........................................125
Zovia 1/35E (28).................................61
Zumandimine.....................................61
ZYLET.................................................111
ZYTIGA.............................................42
La mayoría de los planes incluyen nuestro práctico programa de envío a domicilio sin costos adicionales para el afiliado. Puedes obtener más información en anthem.com/ca o llamando al 866-297-1013.

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. Llámamos al número de Servicios para Afiliados que aparece en tu tarjeta de identificación.

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

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

Express Scripts, Inc. es una compañía independiente que administra los servicios de beneficios de farmacia para los afiliados de nuestros planes de salud.