



Lista Nacional directa Más de Medicamentos

Lista de medicamentos — Four Tier Drug Plan

Su beneficio de prescripción viene con una lista de medicamentos, que también se llama formulario. Esta lista se compone de medicamentos recetados de marca y genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Aquí hay cosas para recordar sobre la lista de medicamentos:

- Usted y su médico pueden usarlo como una guía para elegir los medicamentos quesean mejores para usted. Es posible que los medicamentos que no están en esta lista no estén cubiertos por su plan y le cuesten más de su bolsillo.
- Hay reglas que afectan qué medicamentos están cubiertos por su plan. Estas limitaciones y exclusiones se incluyen en su *Evidencia de cobertura (EOC)* y en la *Descripción resumida del plan (SPD)*. Para acceder a ellos, inicie sesión en anthembluecross.com y vaya a **Mis planes > Documentos médicos > del plan**.
- Actualizamos este folleto trimestralmente. Para acceder a la lista de medicamentos más actualizada para su plan, inicie sesión en anthembluecross.com/pharmacyinformacion.

Si tiene preguntas sobre sus beneficios de farmacia, estamos aquí para ayudarlo. Simplemente llámenos al número de Servicios para Miembros de Farmacia que figura en su tarjeta de identificación.



Lista Nacional directa Más de Medicamentos

¿Qué es una lista de medicamentos?

La lista de medicamentos, también llamada formulario, es una lista de medicamentos recetados que cubre su plan. Incluye medicamentos de marca y genéricos aprobados por la FDA.

¿Cuál es la diferencia entre los medicamentos de marca y los genéricos?

Un **medicamento de marca** está aprobado por la FDA y generalmente está disponible en una sola compañía. Puede estar protegido por una patente, lo que significa que solo puede ser fabricado o vendido por la empresa que tiene la patente.

Los medicamentos de marca están en **MAYÚSCULAS, negrita** en la lista de medicamentos.

Un **medicamento genérico** también está aprobado por la FDA. Tiene los mismos ingredientes activos y funciona igual que el medicamento de marca. Un medicamento genérico generalmente está disponible solo después de que finaliza la patente del medicamento de marca.

Los medicamentos genéricos están en minúsculas, tipo simple en la lista de medicamentos.

¿Es esta una lista completa de todos los medicamentos cubiertos?

Sí, esta lista incluye todos los medicamentos cubiertos por su plan.

¿Por qué no se incluyen ciertos medicamentos?

Hay reglas que afectan qué medicamentos cubre su plan y cuáles no. Estas limitaciones y exclusiones se enumeran en su *Evidencia de cobertura (EOC)* y en la *Descripción resumida del plan (SPD)*. Para acceder a ellos, inicie sesión en anthembluecross.com y vaya a **Mis planes > Documentos médicos > del plan**.

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?

Las alfombras D están organizadas por su clase de drogas, también llamada clase terapéutica.

Veo un nivel al lado de cada medicamento. ¿Qué significan los niveles?

La lista de medicamentos se configura en tres niveles o niveles. Colocamos los medicamentos en diferentes niveles en función de:

- Qué tan bien funcionan para mejorar la salud.
- Si hay opciones de venta libre (OTC) disponibles.
- Sus costos en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento.

¿Cómo afectan los niveles a cuánto cuesta un medicamento?

Cuanto más bajo sea el nivel, menor será su parte del costo. Aquí hay un desglose de los niveles en su plan:

- Los medicamentos de nivel 1 tienen el costo compartido más bajo para usted. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones.
 - Los medicamentos de nivel 1a tienen el costo compartido más bajo. Estos son a menudo medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas condiciones.
 - Los medicamentos de nivel 1b tienen una participación de bajo costo. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas afecciones.
- Los medicamentos de Nivel 2 tienen un costo compartido más alto que el Nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, según lo bien que funcionen y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el costo compartido más alto. A menudo incluyen medicamentos de marca y genéricos no preferidos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 3 también puede incluir medicamentos que fueron aprobados recientemente por la FDA o medicamentos especializados que se usan para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.



- Los medicamentos de nivel 4 tienen el costo compartido más alto y generalmente incluyen medicamentos de marca especializados y genéricos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 4 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.

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

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

Si un medicamento que tomo no está en la lista, ¿cuáles son mis opciones?

Aquí hay cosas en las que pensar:

- Si desea tomar un medicamento que no está en la lista de medicamentos, es posible que tenga que pagar el costo total del mismo.
- Su plan puede cubrir otro medicamento de marca o genérico que funcione igual de bien. Puede buscar actualizaciones recientes sobre medicamentos genéricos en [anthembluecross.com](#).
- Hable con un médico o farmacéutico para ver si los medicamentos de venta libre (OTC) son una opción. Los medicamentos de venta libre no están incluidos en la lista de medicamentos.
- Si un medicamento que toma no está cubierto, su médico puede pedirnos que revisemos su cobertura. Este proceso se **denomina aprobación previa** o **autorización previa**. El médico puede comenzar el proceso llamando al número de Servicios para Miembros de Farmacia que figura en su tarjeta de identificación de miembro o descargando un formulario de autorización previa de nuestro sitio web. Si aprobamos la solicitud, la cantidad que pague por el medicamento dependerá del beneficio de su plan.
- Solo usted y su médico pueden decidir qué medicamentos son mejores para usted.
- Si el anticonceptivo que está tomando no está en el formulario, su médico puede comunicarse con nosotros si es médicaamente necesario porque los anticonceptivos preferidos son inapropiados para usted, y renunciaremos a su costo compartido.

¿Qué debo buscar en la columna Notas?

Si un medicamento necesita aprobación previa o autorización previa, verá "PA" al lado. Si necesita probar otro medicamento primero, que se llama terapia escalonada, verá "ST" al lado.

¿Quién decide qué medicamentos incluir en la lista?

Los medicamentos en la lista se revisan a través de nuestro proceso de Farmacia y Terapéutica (P&T). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y profesionales de la salud independientes decide qué medicamentos incluimos. El grupo se reúne regularmente para revisar los medicamentos nuevos y existentes. Recomiendan medicamentos en función de su seguridad, qué tan bien funcionan para mejorar la salud y el valor que ofrecen a nuestros miembros.

¿Cambia la lista de medicamentos? ¿Cómo sabré si lo hace?

Los medicamentos en nuestra lista se revisan regularmente. A veces se agregan, quitan o mueven a un nivel diferente. Le enviaremos una carta si un medicamento que toma se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que toma se mueve a un nivel superior. Le informaremos si un medicamento que toma se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que toma se mueve a un nivel superior. Siempre puede revisar la lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que toma todavía estén en ella. Para acceder a la lista de medicamentos más actualizada, inicie sesión en [anthembluecross.com](#).

¿Mi plan cubre medicamentos preventivos?

Cubrimos medicamentos de atención preventiva con costo compartido cero en cumplimiento con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) cuando se cumplen criterios específicos.

¿Cómo puedo encontrar una farmacia en mi plan?

Vaya a [anthembluecross.com](#) para encontrar una farmacia cerca de usted.



Términos clave

Aquí hay algunos términos y notas que encontrará en la lista de medicamentos. Los medicamentos de marca están en MAYÚSCULAS, negrita. Los medicamentos genéricos están en minúsculas, tipo simple.

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

AL= límites de edad. Algunos medicamentos requieren una autorización previa si su edad no se ajusta a las recomendaciones clínicas, del fabricante del medicamento o de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

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

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

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

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

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

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

Recursos de farmacia en línea

Encuentre la farmacia de su red más cercana, obtenga la información de cobertura más actualizada en su lista de medicamentos, incluidos detalles sobre el precio de sus medicamentos, marcas y genéricos, opciones de dosis / concentración y mucho más, cuando inicie sesión en anthembluecross.com

Una nota sobre los analgésicos opioides: En respuesta a la epidemia de opioides, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) alentó el desarrollo de analgésicos que previenen el uso indebido. Usted puede pagar menos por estos tipos de opioides en ciertos estados.

Los medicamentos pueden ser excluidos de la lista según el diseño de beneficios de su plan. Anthem Blue Cross and Blue Shield es el nombre comercial de Anthem Health Plans, Inc. Concesionario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. Anthem es una marca registrada de Anthem Insurance Companies, Inc.

A03066CAMSPABC

Lista Nacional Directa Más de Medicamentos

Cuatro Niveles

Table of Contents

ADYUVANTES FARMACÉUTICOS	7
AGENTES ANORRECTALES	7
AGENTES ANSIOLÍTICOS	7
AGENTES ANTIANGINOSOS	8
AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES	8
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS	11
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS	13
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES	13
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTIMANÍACOS	14
AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS	16
AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA	18
AGENTES DERMATOLÓGICOS	20
AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS	28
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS	29
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS	35
AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS	37
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS	38
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS	43
AGENTES HEMOSTÁTICOS	45
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS	46
AGENTES NEUROMUSCULARES	47
AGENTES OFTÁLMICOS	48
AGENTES ÓTICOS	54
AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES	54
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR	55
AGENTES PARA LA GOTA	56
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS	57
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS	62
AGENTES TIROIDEOS	62
AMEBICIDAS	63
AMINOGLUCÓSIDOS	63
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS	63
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS	66
ANALGÉSICOS - OPIOIDES	67
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS	70
ANESTÉSICOS GENERALES	70
ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES	71
ANTIARRÍTMICOS	72
ANTICOAGULANTES	72
ANTICONCEPTIVOS	73
ANTICONVULSIVOS	78
ANTIDEPRESIVOS	80
ANTIDIABÉTICOS	83
ANTÍDOTOS	86
ANTIEMÉTICOS	87
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS	88
ANTIHELMÍNTICOS	89
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS	89
ANTIHIPERTENSIVOS	90
ANTIHISTAMÍNICOS	93
ANTIMICÓTICOS	94
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS	95
ANTIPALÚDICOS	108
ANTIPARKINSONIANOS	109
ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS	109
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES	110
ANTIVIRALES	110
BETABLOQUEADORES	114

BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO	115
CARDIOTÓNICOS	117
CEFALOSPORINAS	117
CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS	118
CLASES VARIADAS	121
CORTICOESTEROIDES	122
DISPOSITIVOS MÉDICOS	123
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS	136
DIURÉTICOS	137
ESTRÓGENOS	138
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS	139
FLUOROQUINOLONAS	139
HIPNÓTICOS	139
HIPNÓTICOS/SEDANTES/AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO	139
LAXANTES	141
MACRÓLIDOS	143
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA	144
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS	145
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉRGICOS	145
MEDICINAS ALTERNATIVAS	146
MINERALES Y ELECTROLITOS	147
MULTIVITAMINAS	149
NUTRIENTES	156
OXITÓCICOS	157
PENICILINAS	157
PRODUCTOS BIOLÓGICOS VARIOS	158
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO	159
PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO	159
PRODUCTOS DIGESTIVOS	159
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS	159
PRODUCTOS VAGINALES	160
PROGESTINAS	161
SULFONAMIDAS	161
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS	161
TETRACICLINAS	163
TOXOIDES	164
VACUNAS	165
VASOPRESORES	167
VITAMINAS	168

Cuatro Niveles

CURRENT AS OF 1/1/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ADYUVANTES FARMACÉUTICOS		
VEHÍCULOS SEMISÓLIDOS		
ft petroleum jelly external gel	1 or 1b*	
AGENTES ANORRECTALES		
AGENTES VASODILATADORES DE NITRATOS		
nitroglycerin rectal ointment	1 or 1b*	QL
RECTIV RECTAL OINTMENT	3	QL
ANESTÉSICOS LOCALES RECTALES		
eq hemorrhoid relief external cream	1 or 1b*	
ANESTÉSICOS/ESTEROIDES RECTALES		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION	3	
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM	3	
ESTEROIDES INTRARRECTALES		
budesonide rectal foam	1 or 1b*	QL
CORTENEMA RECTAL ENEMA	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM	3	QL
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
ESTEROIDES RECTALES		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM	3	
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM	1 or 1b*	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM	1 or 1b*	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM	1 or 1b*	
AGENTES ANSIOLÍTICOS		
AGENTES ANSIOLÍTICOS VARIOS		
buspirone hcl oral tablet	1 or 1b*	
droperidol injection solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl oral syrup	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl oral tablet	1 or 1b*	
hydroxyzine pamoate oral capsule	1 or 1a*	
meprobamate oral tablet	3	
BENZODIAZEPINAS		
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE	3	QL
alprazolam oral tablet	1 or 1b*	QL
alprazolam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	DO
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL
chlordiazepoxide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
clorazepate dipotassium oral tablet	1 or 1b*	QL
diazepam injection solution 10 mg/2ml	1 or 1a*	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE	1 or 1a*	QL
diazepam oral concentrate	1 or 1a*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
diazepam oral solution 5 mg/5ml	1 or 1a*		nitroglycerin transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	
diazepam oral tablet	1 or 1a*	QL	nitroglycerin translingual solution	1 or 1b*	
lorazepam injection solution	1 or 1b*		NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION	3	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE	1 or 1b*	QL	NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	QL	AGENTES ANTIASMÁTICOS Y AGENTES BRONCODILATADORES		
lorazepam oral tablet	1 or 1b*	QL	*PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS***		
oxazepam oral capsule	1 or 1b*	QL	OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION	4	PA; QL; SP
AGENTES ANTIANGINOSOS			*THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS***		
AGENTES ANTIANGINOSOS - OTRo			TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; LD; QL; SP
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET	3	PA; QL	TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL	AGENTES ANTIINFLAMATORIOS		
NITRATOS			cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET	3		ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG1 KAPPA)		
isosorbide dinitrate oral tablet	1 or 1b*		FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; LD; QL; SP
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*		FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
isosorbide mononitrate oral tablet	1 or 1b*		NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; LD; QL; SP
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT	3				
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR	3				
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	2				
nitroglycerin in d5w intravenous solution	1 or 1b*				
nitroglycerin intravenous solution	3				
nitroglycerin sublingual tablet sublingual	1 or 1b*				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP	arformoterol tartrate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP	BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	QL
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-5 (IGG4 KAPPA)					
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP	formoterol fumarate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LEUCOTRIENO					
ACCOLATE ORAL TABLET	3	QL	isoproterenol hcl injection solution	1 or 1b*	
montelukast sodium oral packet	1 or 1b*	QL	levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	1 or 1b*	QL
montelukast sodium oral tablet	1 or 1b*	QL	levalbuterol tartrate inhalation aerosol	1 or 1b*	ST; QL
montelukast sodium oral tablet chewable	1 or 1b*	QL	PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	3	QL
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL	PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	2	QL
ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTI-IGE					
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; LD; QL; SP	SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	2	QL
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP	STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	3	QL
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP	terbutaline sulfate injection solution	1 or 1b*	
BETA AGONISTAS			terbutaline sulfate oral tablet	1 or 1b*	
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act	1 or 1b*	QL	BRONCODILATADORES - ANTICOLINÉRGICOS		
albuterol sulfate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL	ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION	2	QL
albuterol sulfate oral syrup	1 or 1b*		ipratropium bromide inhalation solution	1 or 1b*	QL
albuterol sulfate oral tablet	1 or 1b*		SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE	1 or 1b*	QL
			SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT	2	QL
			YUPELRI INHALATION SOLUTION	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COMBINACIÓN DE ADRENÉRGICOS					
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL	2	QL	WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	1 or 1b*	QL
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	2	QL	INHALANTES DE ESTEROIDES		
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT	1 or 1b*	QL	budesonide inhalation suspension	1 or 1b*	QL
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50-25 MCG/INH	2	QL	fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated	2	QL
BREYNA INHALATION AEROSOL	1 or 1b*	QL	fluticasone propionate hfa inhalation aerosol	2	QL
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL	2	QL	PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	2	QL
budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol	1 or 1b*	QL	QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED	2	QL
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION	2	QL	INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) SELECTIVOS		
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol	1 or 1b*	QL	roflumilast oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act	1 or 1b*	QL	XANTINAS		
ipratropium-albuterol inhalation solution	1 or 1b*	QL	aminophylline intravenous solution	1 or 1b*	
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT	2	QL	ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR	1 or 1b*	QL
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	2	QL	THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
*BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS**		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
*URINARY ANTI-INFECTIVES***		
fosfomycin tromethamine oral packet	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET	3	
MACROBID ORAL CAPSULE	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE	3	
methenamine hippurate oral tablet	1 or 1b*	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml	3	
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS - COMBINACIONES		
BACTRIM DS ORAL TABLET	3	
BACTRIM ORAL TABLET	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution	1 or 1b*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	1 or 1a*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	1 or 1a*	
SULFATRIM PEDIATRIC ORAL SUSPENSION	1 or 1a*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES ANTIINFECCIOSOS VARIOS		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE		
FLAGYL ORAL CAPSULE	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE	3	PA; QL
metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml	3	
metronidazole oral capsule	1 or 1a*	
metronidazole oral tablet	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	4	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	
pentamidine isethionate injection solution reconstituted	4	
tinidazole oral tablet	1 or 1b*	QL
trimethoprim oral tablet	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET	3	PA; QL
AGENTES ANTIPROTOZOARIOS		
atovaquone oral suspension	1 or 1b*	
LAMPIT ORAL TABLET	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION	3	
nitazoxanide oral tablet	1 or 1b*	QL
AGENTES LEPROSTÁTICOS		
dapsone oral tablet	1 or 1b*	
CARBAPENEMAS		
ertapenem sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm	3		vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1-5 gm/200ml-%, 1.5-5 gm/300ml-%, 500-5 mg/100ml-%, 750-5 mg/150ml-%	3	QL
meropenem-sodium chloride intravenous solution reconstituted 1 gm/50ml, 500 mg/50ml	3		vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%	3	QL
CLORANFENICOLES					
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		vancomycin hcl intravenous solution 1000 mg/200ml, 1250 mg/250ml, 1500 mg/300ml, 1750 mg/350ml, 2000 mg/400ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml	3	QL
COMBINACIONES DE CARBAPENEMAS					
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 1.75 gm, 10 gm, 2 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg	3	QL
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500-500 MG	3		vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm	1 or 1b*	QL
RECARBRIOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		vancomycin hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		vancomycin hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
GLUCOPÉPTIDOS					
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 750 MG	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL	LINCOSAMIDAS		
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		CLEOCIN ORAL CAPSULE	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
VANCOCIN ORAL CAPSULE	3	PA; QL	CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION	3	
			clindamycin hcl oral capsule	1 or 1b*	
			clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	
			clindamycin phosphate in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
			clindamycin phosphate in nacl intravenous solution	3	
			clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LINCOGIN INJECTION SOLUTION	3	
lincomycin hcl injection solution	1 or 1b*	
LIPOPÉPTIDOS CÍCLICOS		
daptomycin intravenous solution reconstituted	3	
daptomycin-sodium chloride intravenous solution	3	
MONOBACTÁMICOS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
aztreonam injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	4	LD; QL; SP
OXAZOLIDONAS		
linezolid in sodium chloride intravenous solution	3	
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	1 or 1b*	
linezolid oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
linezolid oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET	3	PA; QL
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 600 MG/300ML	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; QL
ZYVOX ORAL TABLET	3	PA; QL
POLIMIXINAS		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
AGENTES ANTIMIASETÉNICOS		
AGENTES ANTIMIASETÉNICOS		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET	4	PA; LD; QL
MESTINON ORAL SOLUTION	3	
MESTINON ORAL TABLET	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
neostigmine methylsulfate intravenous solution 10 mg/10ml, 5 mg/10ml	3	
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral solution	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral tablet	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES		
AGENTES ANTIMICOBACTERIALES		
cycloserine oral capsule	1 or 1b*	
ethambutol hcl oral tablet	1 or 1b*	
isoniazid injection solution	1 or 1a*	
isoniazid oral syrup	1 or 1a*	
isoniazid oral tablet	1 or 1a*	
pretomanid oral tablet	3	
PRIFTIN ORAL TABLET	2	
pyrazinamide oral tablet	1 or 1b*	
rifabutin oral capsule	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
rifampin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
rifampin oral capsule	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET	3	
TRECATOR ORAL TABLET	3	
AGENTES ANTIPSICÓTICOS/ANTI MANÍACOS		
AGENTES ANTIMANÍACOS		
lithium carbonate er oral tablet extended release	1 or 1a*	QL
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg	1 or 1a*	DO
lithium carbonate oral capsule 600 mg	1 or 1a*	QL
lithium carbonate oral tablet	1 or 1a*	DO
lithium oral solution	1 or 1b*	
ANTIPSORIÁSICOS - VARIOS		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG	3	DO; AL
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	3	AL; QL
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	QL
lurasidone hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	AL
lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; AL
lurasidone hcl oral tablet 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	AL; QL
NUPLAZID ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	4	PA; LD; QL; SP
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG	2	DO; AL
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG	2	AL; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; AL
ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	AL; QL
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL
BENZISOXAZOLES		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	3	ST; QL
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET	3	ST; QL
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	AL; QL
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	AL; QL
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	3	AL; QL
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO; AL
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg, 9 mg	1 or 1b*	AL; QL
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	AL; QL
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er	1 or 1b*	AL; QL
risperidone oral solution	1 or 1b*	AL; QL
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL	ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	3	ST; DO
BENZODIACEPINAS					
olanzapine intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL	ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG	3	ST; QL
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	DO; AL	aripiprazole oral solution	1 or 1b*	AL; QL
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	AL; QL	aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL	aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	AL; QL
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	AL; QL	aripiprazole oral tablet dispersible	1 or 1b*	AL; QL
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	AL; QL	ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	3	AL; QL
BUTIROFENONAS			ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	3	AL; QL
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL	REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	3	DO; AL
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	1 or 1b*	AL	REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	3	AL; QL
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL	DIBENZODIACEPÍNICO S		
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL	quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	DO; AL
haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL	quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	1 or 1b*	AL; QL
DERIVADOS DE LAS QUINOLEÍNAS			quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	2	AL; QL	quetiapine fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	AL; QL
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	2	AL; QL	DIBENZODIAZEPINAS		
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG	3	ST; DO	clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG	3	ST; QL	clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
			clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO; AL	fluphenazine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	AL; QL
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION	3	AL; QL	perphenazine oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	1 or 1b*	AL; QL
DIBENZOXOXEPINO PIRROLES			perphenazine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg	1 or 1b*	AL; QL	prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	1 or 1b*	AL
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL	prochlorperazine maleate oral tablet	1 or 1a*	AL
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	ST; QL	prochlorperazine rectal suppository	1 or 1b*	AL
DIBENZOXAZEPINAS			thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED	3	AL	thioridazine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL
loxpamine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL	trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
loxpamine succinate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	AL; QL	trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL
DIHIDROINDOLONAS			TIOXANTENOS		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL	thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	ST; DO; AL
molindone hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	AL; QL	thiothixene oral capsule 10 mg	1 or 1b*	ST; AL; QL
FENOTIAZINAS			AGENTES CARDIOVASCULARES VARIOS		
chlorpromazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL	*CARDIAC MYOSIN INHIBITORS***		
chlorpromazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	AL; QL	CAMZYOS ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL	*PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS***		
chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL	OPSYNVI ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY	1 or 1b*	AL	*PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR***		
fluphenazine decanoate injection solution	1 or 1b*	AL	WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT	4	PA; LD; QL; SP
fluphenazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL	*TRANSTHYRETIN STABILIZERS***		
fluphenazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	AL; QL	VYNDAMAX ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
fluphenazine hcl oral elixir	1 or 1b*	AL; QL	VYNDAQEL ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)***		
VERQUVO ORAL TABLET	3	PA; QL
AGENTES SÉPTICOS - ABLACIÓN		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION	3	
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	1 or 1b*	QL
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG	3	QL
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG	3	DO
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE NEPRISILINA (ARNI) - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE	2	QL
ENTRESTO ORAL TABLET	2	QL
COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA IMPOTENCIA		
IFE-BIMIX 30/1 INTRACAVERNOSAL SOLUTION	3	
COMBINACIONES DE NITRATOS Y VASODILATADORES		
BIDIL ORAL TABLET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet 20-37.5 mg	1 or 1b*	QL
HIPERTENSIÓN PULMONAR - AGONISTA DEL RECEPTOR DE PROSTACICLINA		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL
UPTRAVI ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA		
ambrisentan oral tablet	4	PA; LD; QL; SP
bosentan oral tablet	4	PA; LD; QL; SP
OPSUMIT ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE	4	PA; LD; QL; SP
HIPERTENSIÓN PULMONAR - ESTIMULADOR DE GUANILATO CICLASA SOLUBLE (SGC)		
ADEMPAS ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
HIPERTENSIÓN PULMONAR - INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA		
ALYQ ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
sildenafil citrate intravenous solution	4	PA; QL; SP
sildenafil citrate oral suspension reconstituted	4	PA; QL; SP
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	4	PA; QL; SP
tadalafil (pah) oral tablet	4	PA; QL; SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION	4	PA; QL; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 SELECTIVO DEL GUANOSÍN MONOFOSFATO CÍCLICO (CGMP)			ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA	ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	4	PA; LD; SP
tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA	REMODULIN INJECTION SOLUTION 100 MG/20ML, 200 MG/20ML, 50 MG/20ML	4	PA; LD; SP
tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL	treprostinil injection solution	4	PA; LD; SP
vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA	TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER	4	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DEL NÓDULO SINUSAL			TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG	4	PA; LD; QL; SP
CORLANOR ORAL SOLUTION	3	PA; QL	TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG	4	PA; LD; QL; SP
ivabradine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL	TYVASO INHALATION SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
PROSTAGLANDINAS - AGENTES PARA LA IMPOTENCIA			TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT	3	PA	TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA	VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT	3	PA	VENTAVIS INHALATION SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
VASODILATADORES DE LA PROSTAGLANDINA			AGENTES DE INMUNIZACIÓN PASIVA		
epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP	ANTICUERPOS MONOCLONALES ANTIVIRALES		
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; \$0; QL
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP			
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION	3		HEPAGAM B INJECTION SOLUTION 312 UNIT/ML	4	SP
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION	4	PA; LD; SP	HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 10 GM/50ML, 2 GM/10ML, 4 GM/20ML	4	PA; LD; SP
ANTICUERPOS MONOCLONALES BACTERIANOS			HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION 220 UNIT/ML	4	LD; SP
ANTITOXINAS - CONTRAVENENOS			HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 110 UNIT/0.5ML	4	LD; SP
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		HYPERRAB INJECTION SOLUTION	4	SP
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL; SP
antivenin latrodectus mactans injection kit	3		HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
antivenin micrurus fulvius intravenous solution reconstituted	3		IMOgam RABIES-HT INJECTION SOLUTION 300 UNIT/2ML	4	SP
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		kedrab injection solution	4	SP
SUEROS INMUNOLÓGICOS			MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL; SP
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION 312 UNIT/ML	4	LD; SP
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION 50000 UNIT/VIAL	3		OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	4	PA; LD; SP
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP			
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION	4	SP			
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	4	PA; LD; SP			
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION	4	PA; LD; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL; SP	AGENTES DE MÁXIMO FRUNCIMIENTO (LÍNEAS GLABELARES)		
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL; SP	BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION	3		DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION	4	QL; SP	JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP	AGENTES DE TERAPIA FOTODINÁMICA TÓPICOS		
AGENTES DERMATOLÓGICOS			AMELUZ EXTERNAL GEL	3	
*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS***			LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
OPZELURA EXTERNAL CREAM	3	PA; QL	AGENTES PARA ARRUGAS FACIALES - RETINOIDES		
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)***			RENOVA EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT	3	PA; LD; QL	RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL***			AGENTES PARA ROSÁcea		
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL	azelaic acid external gel	1 or 1b*	QL
AGENTES ALQUILANTES TÓPICOS			brimonidine tartrate external gel	1 or 1b*	QL
VALCHLOR EXTERNAL GEL	3	PA; LD; QL	FINACEA EXTERNAL FOAM	2	QL
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS - TÓPICOS			ivermectin external cream	1 or 1b*	QL
diclofenac sodium external gel 1 %	1 or 1b*	QL	METROCREAM EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
mm arthritis pain reliever external gel	1 or 1b*		metronidazole external cream	1 or 1b*	QL
			metronidazole external gel	1 or 1b*	QL
			metronidazole external lotion	1 or 1b*	QL
			MIRVASO EXTERNAL GEL	3	QL
			RHOFADE EXTERNAL CREAM	3	QL
			SOOLANTRA EXTERNAL CREAM	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZILXI EXTERNAL FOAM	2	QL
AGENTES PARA VERRUGAS GENITALES EXTERNAS Y ANALES		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT	3	QL
AGENTES QUEROTOLÍTICOS/ANT IMICÓTICOS		
CONDYLOX EXTERNAL GEL	3	QL
podofilox external gel	1 or 1b*	QL
podofilox external solution	1 or 1b*	QL
YCANTH EXTERNAL SOLUTION	3	PA; QL
AGENTES VASCULARES		
eq hair regrowth for women external foam	1 or 1b*	
AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS TÓPICOS		
bexarotene external gel	1 or 1b*	PA; QL; SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL	3	PA; QL; SP
ANALGÉSICOS - TÓPICOS		
hav ez penetrating pain relief external gel	2	
ANESTÉSICOS LOCALES TÓPICOS		
burn gel external gel	1 or 1b*	
dyclopro external solution	3	
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
lidocaine external ointment 5 %	1 or 1b*	QL
lidocaine external patch 5 %	1 or 1b*	PA; QL
lidocaine hcl external solution	1 or 1b*	QL
lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe	1 or 1b*	
LIDOCAN EXTERNAL PATCH	1 or 1b*	
TRIDACAIN II EXTERNAL PATCH	1 or 1b*	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRIDACAIN III EXTERNAL PATCH	1 or 1b*	PA; QL
ZTLIDO EXTERNAL PATCH	2	PA; QL
ANTIBIÓTICOS PARA EL ACNÉ		
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
CLINDACIN ETZ EXTERNAL SWAB	1 or 1b*	QL
CLINDACIN EXTERNAL FOAM	1 or 1b*	QL
CLINDACIN-P EXTERNAL SWAB	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external foam	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external gel 1 %	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external lotion	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external solution	1 or 1b*	QL
clindamycin phosphate external swab	1 or 1b*	QL
dapsone external gel	3	ST; QL
ery external pad	1 or 1b*	QL
ERYGEL EXTERNAL GEL	3	QL
erythromycin external gel	1 or 1b*	QL
erythromycin external solution	1 or 1b*	QL
KLARON EXTERNAL LOTION	3	
sulfacetamide sodium (acne) external lotion	1 or 1b*	
ANTIBIÓTICOS TÓPICOS		
gentamicin sulfate external cream	1 or 1b*	QL
gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL
mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL
ANTIHISTAMÍNICOS TÓPICOS		
TECNU RASH RELIEF EXTERNAL SOLUTION	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIMETABOLITOS ANTINEOPLÁSICOS TÓPICOS		
CARAC EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
EFUDEX EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
fluorouracil external cream 5 %	1 or 1b*	AL; QL
fluorouracil external solution	1 or 1b*	AL; QL
TOLAK EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
ANTIMICÓTICOS - COMBINACIONES TÓPICAS		
clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL
clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL
fungimez external solution	3	
miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment	1 or 1b*	QL
nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL
nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL
VUSION EXTERNAL OINTMENT	3	QL
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL TÓPICOS		
clotrimazole external cream	1 or 1b*	QL
econazole nitrate external cream	1 or 1b*	QL
ECOZA EXTERNAL FOAM	3	ST; QL
ERTACZO EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
EXELDERM EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION	3	QL
ketoconazole external cream	1 or 1b*	QL
ketoconazole external foam	3	QL
ketoconazole external shampoo 2 %	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
KETODAN EXTERNAL FOAM	3	QL
luliconazole external cream	1 or 1b*	ST; QL
LUZU EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
oxiconazole nitrate external cream	3	ST; QL
EXISTAT EXTERNAL LOTION	3	ST; QL
sulconazole nitrate external cream	1 or 1b*	ST; QL
sulconazole nitrate external solution	1 or 1b*	ST; QL
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL OXABOROL TÓPICOS		
tavaborole external solution	1 or 1b*	ST; QL
ANTIMICÓTICOS TÓPICOS		
CICLODAN EXTERNAL SOLUTION	1 or 1b*	QL
ciclopirox external gel	1 or 1b*	QL
ciclopirox external shampoo	1 or 1b*	QL
ciclopirox external solution	1 or 1b*	QL
ciclopirox olamine external cream	1 or 1b*	QL
ciclopirox olamine external suspension	1 or 1b*	QL
eq athletes foot ultra external cream	1 or 1b*	
KLAYESTA EXTERNAL POWDER	1 or 1b*	QL
naftifine hcl external cream	1 or 1b*	ST; QL
naftifine hcl external gel 2 %	1 or 1b*	ST; QL
NAFTIN EXTERNAL GEL 2 %	3	ST; QL
NYAMYC EXTERNAL POWDER	1 or 1b*	QL
nystatin external cream	1 or 1b*	QL
nystatin external ointment	1 or 1b*	QL
nystatin external powder	1 or 1b*	QL
NYSTOP EXTERNAL POWDER	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTINEOPLÁSICO O LESIONES PREMALIGNAS - FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE) TÓPICOS		
diclofenac sodium external gel 3 %		
ANTIPRURIGINOSOS - SISTÉMICOS		
acitretin oral capsule	1 or 1b*	QL
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector	4	PA; LD; QL; SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector 150 MG/ML	4	PA; LD; QL; SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector	4	LD; SP
methoxsalen rapid oral capsule	1 or 1b*	SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector	4	PA; QL; SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	4	PA; LD; QL; SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector 100 MG/ML	4	PA; QL; SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	4	PA; QL; SP
ANTIPRURIGINOSOS - TÓPICOS		
doxepin hcl external cream	1 or 1b*	PA; QL
ANTIPSORIÁSICOS		
calcipotriene external cream	1 or 1b*	QL
calcipotriene external foam	1 or 1b*	QL
calcipotriene external ointment	1 or 1b*	QL
calcipotriene external solution	1 or 1b*	QL
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT	1 or 1b*	QL
calcitriol external ointment	1 or 1b*	QL
tazarotene external cream 0.1 %	1 or 1b*	QL
tazarotene external gel	1 or 1b*	QL
TAZORAC EXTERNAL GEL	3	QL
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 %	3	PA; QL
ANTIVIRALES - TÓPICOS		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL
DENAVIR EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
eq docosanol external cream	1 or 1b*	
penciclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
APÓSITOS PARA HERIDAS		
FILSUVEZ EXTERNAL GEL	4	PA; LD
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL	3	
MEPILEX BORDER FLEX/CM EXTERNAL PAD	2	
COMBINACIONES ANESTÉSICAS TÓPICAS		
lidocaine-prilocaine external cream	1 or 1b*	QL
lidocaine-prilocaine external kit	1 or 1b*	QL
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT	3	
COMBINACIONES DE ANTIBIÓTICOS TÓPICOS CON ESTEROIDES		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM	3	
COMBINACIONES DE DESPIGMENTACIÓN		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM	3	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES - ANESTÉSICOS LOCALES		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM 1-1 %	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION	2	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES TÓPICOS		
calcipotriene-betameth diprop external ointment	2	ST; QL
calcipotriene-betameth diprop external suspension	2	ST; QL
DUOBRII EXTERNAL LOTION	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ENSTILAR EXTERNAL FOAM	3	QL
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION	3	ST; QL
COMBINACIONES PARA EL ACNÉ		
adapalene-benzoyl peroxide external gel	1 or 1b*	PA; QL
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-3.75 %	1 or 1b*	
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-5 %	1 or 1b*	QL
clindamycin-tretinoin external gel	3	PA; QL
NEUAC EXTERNAL GEL	1 or 1b*	QL
COMBINACIONES TÓPICAS DE ANTIVIRALES		
XERESE EXTERNAL CREAM	3	PA; QL
CORTICOESTEROIDES - TÓPICOS		
ala-cort external cream 1 %	1 or 1a*	QL
alclometasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL
alclometasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL
amcinonide external cream	3	QL
betamethasone dipropionate aug external cream	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate aug external gel	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate aug external lotion	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate aug external ointment	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate external lotion	1 or 1b*	QL
betamethasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL
betamethasone valerate external cream	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
betamethasone valerate external foam	3	ST; QL
betamethasone valerate external lotion	1 or 1b*	QL
betamethasone valerate external ointment	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate e external cream	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate emulsion external foam	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external foam	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external gel	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external lotion	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external shampoo	1 or 1b*	QL
clobetasol propionate external solution	1 or 1b*	QL
clocortolone pivalate external cream	3	ST; QL
CLODAN EXTERNAL SHAMPOO	1 or 1b*	QL
desonide external cream	1 or 1b*	QL
desonide external gel	1 or 1b*	QL
desonide external lotion	1 or 1b*	QL
desonide external ointment	1 or 1b*	QL
desoximetasone external cream	3	ST; QL
desoximetasone external gel	3	ST; QL
desoximetasone external liquid	3	ST; QL
desoximetasone external ointment	3	ST; QL
diflorasone diacetate external cream	3	ST; QL
diflorasone diacetate external ointment	3	ST; QL
fluocinolone acetonide body external oil	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
fluocinolone acetonide external cream	1 or 1b*	QL
fluocinolone acetonide external ointment	1 or 1b*	QL
fluocinolone acetonide external solution	1 or 1b*	QL
fluocinolone acetonide scalp external oil	1 or 1b*	QL
fluocinonide emulsified base external cream	1 or 1b*	QL
fluocinonide external cream	1 or 1b*	QL
fluocinonide external gel	1 or 1b*	QL
fluocinonide external ointment	1 or 1b*	QL
fluocinonide external solution	1 or 1b*	QL
flurandrenolide external cream	3	ST; QL
flurandrenolide external lotion	3	ST; QL
fluticasone propionate external cream	1 or 1b*	QL
fluticasone propionate external lotion	1 or 1b*	QL
fluticasone propionate external ointment	1 or 1b*	QL
halcinonide external cream	3	ST; QL
halobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL
hydrocortisone butyrate external cream	3	ST; QL
hydrocortisone butyrate external lotion	3	ST; QL
hydrocortisone butyrate external ointment	3	ST; QL
hydrocortisone butyrate external solution	3	ST; QL
hydrocortisone external cream 2.5 %	1 or 1a*	QL
hydrocortisone external lotion 2.5 %	1 or 1a*	QL
hydrocortisone external ointment 2.5 %	1 or 1a*	QL
hydrocortisone valerate external cream	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
hydrocortisone valerate external ointment	3	ST; QL
mometasone furoate external cream	1 or 1b*	QL
mometasone furoate external ointment	1 or 1b*	QL
mometasone furoate external solution	1 or 1b*	QL
TOVET EXTERNAL FOAM	1 or 1b*	QL
triamcinolone acetonide external aerosol solution	3	ST; QL
triamcinolone acetonide external cream	1 or 1a*	QL
triamcinolone acetonide external lotion	1 or 1a*	QL
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %	1 or 1a*	QL
triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %	3	ST; QL
triamcinolone in absorbase external ointment	3	ST; QL
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	1 or 1a*	QL
CUIDADO DE HERIDAS - AGENTES PARA EL FACTOR DE CRECIMIENTO		
REGRANEX EXTERNAL GEL	3	QL
DERMATITIS ATÓPICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	4	PA; SP
EMOLIENTES		
ammonium lactate external cream	1 or 1b*	QL
ENZIMAS TÓPICAS		
NEXOBRID EXTERNAL GEL	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SANTYL EXTERNAL OINTMENT	3	PA; QL
ES CABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
CROTAN EXTERNAL LOTION	1 or 1b*	QL
malathion external lotion	1 or 1b*	QL
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION	3	QL
OVIDE EXTERNAL LOTION	3	QL
permethrin external cream	1 or 1b*	QL
spinosad external suspension	1 or 1b*	QL
IMIDAZOQUINOLINAMINAS INMUNOMODULADORA S TÓPICAS		
imiquimod external cream	1 or 1b*	ST; QL
imiquimod pump external cream	1 or 1b*	ST; QL
ZYCLARA EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM	3	ST; QL
INHIBIDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA TIPO II		
finasteride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	
PROPECIA ORAL TABLET	3	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4) TÓPICOS		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL
INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS - TÓPICOS		
HYFTOR EXTERNAL GEL	3	PA; QL
pimecrolimus external cream	1 or 1b*	ST; QL
tacrolimus external ointment	1 or 1b*	ST; QL
LIMPIADORES DE HERIDAS/TERAPIA PARA ÚLCERAS DE DECÚBITO		
lavare wound wash external gel	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LIMPIADORES Y LUBRICANTES OCULARES		
THERATEARS STERILID CLEANSER EXTERNAL SOLUTION	2	
LINIMENTOS		
turpentine external spirit	3	
PRODUCTOS ANTISEBORREICOS		
selenium sulfide external lotion	1 or 1a*	QL
PRODUCTOS DE ALQUITRÁN		
coal tar external solution	1 or 1b*	
PRODUCTOS DE QUEMA		
mafenide acetate external packet	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM	3	
silver sulfadiazine external cream	1 or 1a*	
SSD EXTERNAL CREAM	1 or 1a*	
SULFAMYLYON EXTERNAL CREAM	3	
PRODUCTOS DE QUERATOSIS SEBORREICA		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION	3	
PRODUCTOS DERMATOLÓGICOS VARIOS		
iliderm external emulsion	3	
PRODUCTOS PARA EL ACNÉ		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE	3	PA
ACCUTANE ORAL CAPSULE	2	PA
adapalene external cream	1 or 1b*	PA; QL
adapalene external gel	1 or 1b*	PA; QL
adapalene external pad	1 or 1b*	PA; QL
AMNESTEEM ORAL CAPSULE	2	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CLARAVIS ORAL CAPSULE	2	PA
isotretinoin oral capsule	2	PA
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL	3	PA; QL
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL	3	PA; QL
tretinoin external cream	1 or 1b*	PA; QL
tretinoin external gel	1 or 1b*	PA; QL
tretinoin microsphere external gel	1 or 1b*	PA; QL
tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL
tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %	1 or 1b*	
WINLEVI EXTERNAL CREAM	2	PA; QL
ZENATANE ORAL CAPSULE	2	PA
PRODUCTOS PARA EL TRATAMIENTO DE CICATRICES		
COPASIL EXTERNAL GEL	3	
PRODUCTOS TÓPICOS VARIOS		
boric acid external granules	3	
QBREXZA EXTERNAL PAD	3	PA; QL
PROSTAGLANDINAS - TÓPICAS		
bimatoprost external solution	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION	3	
PROTECTORES PARA LA PIEL		
SCARTRATE EXTERNAL CREAM	3	
REEMPLAZOS DE TEJIDO CUTÁNEO		
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM	3	
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 4 CM	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
REEMPLAZOS DE TEJIDO			PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3		PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET 1 CM X 1 CM , 10 CM X 10 CM , 2 CM X 2 CM , 3 CM X 3 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 4 CM X 8 CM , 8 CM X 8 CM	3		PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET	3	
amphenol-40 injection suspension reconstituted	3		STRAVIX EXTERNAL SHEET	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET	3		TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM	3		RETINOIDES ANTINEOPLÁSICOS - TÓPICOS		
EPIFIX EXTERNAL DISK	3		PANRETIN EXTERNAL GEL	3	SP
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 3 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM , 3.5 CM X 3.5 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 5 CM X 5.5 CM , 5 CM X 6 CM , 7 CM X 7 CM	3		AGENTES DIARRÉICOS/PROBIÓTICOS		
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG, 40 MG	3		AGENTES ANTIDIARRÉICOS VARIOS		
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3		eq stomach relief oral tablet	1 or 1b*	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET	3		eq stomach relief oral tablet chewable	1 or 1b*	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET	3		FORTIFY OPTIMA WOMENS ADV CARE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	2	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE	3		PRIMADOPHILUS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1b*	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET	3		probioflexx oral capsule	2	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE	3		surebiotic probiotic support oral capsule	3	
AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS			AGENTES ANTIPERISTÁLTICOS		
			diphenoxylate-atropine oral liquid	1 or 1b*	
			diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	1 or 1b*	
			LOMOTIL ORAL TABLET	3	
			loperamide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
			MOTOFEN ORAL TABLET	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIDIARRÉICOS - ANTAGONISTAS DE CANALES DE CLORURO			*NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS***		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; QL	VEOZAH ORAL TABLET	3	PA; QL
AGENTES ENDÓCRINOS Y METABÓLICOS VARIOS			*NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS***		
*ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS***			KERENDIA ORAL TABLET	3	PA; QL
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD	ABORTIFACIENTES - ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE PROGESTERONA		
*CKD AGENT- SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR***			MIFEPREX ORAL TABLET	3	
XPHOZAH ORAL TABLET	3	PA; QL	mifepristone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	
*CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS***			AGENTES CALCIOMIMÉTICOS		
ISTURISA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG	4	PA; LD; QL	cinacalcet hcl oral tablet	4	PA; QL
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)***			PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL	AGENTES DE SOMATOSTATINA		
*MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS***			lanreotide acetate subcutaneous solution	4	PA; LD; QL; SP
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD	MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	4	PA; LD; QL
*NATRIURETIC PEPTIDES***			octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 1000 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml	4	PA; SP
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP	octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; SP
			SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 50 MCG/ML, 500 MCG/ML	4	PA; SP
			SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT	4	PA; QL; SP
			SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	4	PA; LD; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA HIPOFOSFATASIA (HPP)		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD
AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL
ANÁLOGOS DE LEPTINA		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL
ANTAGONISTAS DEL GNRH/LHRH		
cetorelix acetate subcutaneous kit	4	PA; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT 0.25 MG	4	PA; SP
FYREMADEL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; SP
ganirelix acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; SP
ORILISSA ORAL TABLET	2	PA; QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA HORMONA DE CRECIMIENTO		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP
ANTAGONISTAS SELECTIVOS DE RECEPTORES DE VASOPRESINA V2		
JYNARQUE ORAL TABLET	4	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
tolvaptan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
BISFOSFONATOS		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG, 35 MG	3	QL
alendronate sodium oral solution	1 or 1b*	QL
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 5 mg, 70 mg	1 or 1b*	QL
ATELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	QL
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT	3	QL
FOSAMAX ORAL TABLET 70 MG	3	QL
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET	2	QL
ibandronate sodium intravenous solution 3 mg/3ml	4	
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL
pamidronate disodium intravenous solution	4	SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL; SP
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 30 mg, 35 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
risedronate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
zoledronic acid intravenous concentrate	1 or 1b*	PA; SP
zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml	4	PA; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	4	PA; QL; SP
CALCITONINAS		
calcitonin (salmon) injection solution	4	
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MIACALCIN INJECTION SOLUTION	4		GONAL-F RFF REDIRECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	4	PA; SP
CORTICOTROPINA			GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR	4	PA; SP	MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP
ACTHAR INJECTION GEL	4	PA; LD; SP	NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 5000 UNIT	4	PA; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL	4	PA; LD; SP	OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; SP
DEFICIENCIA DE ESFINGOMIELINASA ÁCIDA (ASMD): AGENTES			PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP
XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - SINTÉTICOS		
DEFICIENCIA DE LA LIPASA ÁCIDA LISOSÓMICA (LIPA) - AGENTES			CLOMID ORAL TABLET	1 or 1b*	PA
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	FACTORES DE CRECIMIENTO DE TIPO INSULINA (SOMATOMEDINAS)		
ENFERMEDAD DE FABRY - AGENTES			INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/10ML	4	PA; LD; SP	HORMONA LIBERADORA DE HORMONA DE CRECIMIENTO (GHRH)		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION 5 MG/2.5ML	4	PA; SP	EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL
FABRAZyme INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP			
GALAFOLD ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL			
ESTIMULANTES DE OVULACIÓN - GONADOTROPINAS					
chorionic gonadotropin intramuscular solution reconstituted	4	PA; SP			
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HORMONA PARATIROIDEA Y DERIVADOS		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-Injector 600 MCG/2.4ML	4	QL; SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml, 620 mcg/2.48ml	4	QL; SP
HORMONAS DEL CRECIMIENTO		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; QL; SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE	4	PA; QL; SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG, 5 MG, 6 MG	4	PA; LD; QL
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE	4	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE ESCLEROSIS		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP
INHIBIDORES DE LA GLÁNDULA PITUITARIA DE LHRH/ANÁLOGOS AGONISTAS DE LA GNRH		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; QL; SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	4	PA; QL; SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	4	PA; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	4	PA; QL; SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT	4	PA; LD; QL; SP
SYNAREL NASAL SOLUTION	4	PA; QL; SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	4	PA; LD; QL
INHIBIDORES DEL LIGANDO RANK (RANKL)		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; QL; SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; QL; SP
MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS (SERM)		
EVISTA ORAL TABLET	3	\$0; QL
OSPHENA ORAL TABLET	3	PA; QL
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL
MUCOPOLISACARIDOSI S I (MPS I) - AGENTES		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP
MUCOPOLISACARIDOSI S II (MPS II) - AGENTES		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP
MUCOPOLISACARIDOSI S IV (MPS IV) - AGENTES		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MUCOPOLISACARIDOSI S VI (MPS VI) - AGENTES		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP
MUCOPOLISACARIDOSI S VII (MPS VII) - AGENTES		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
REFORZADOR DE LA CARNITINA - AGENTES		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION	3	
CARNITOR ORAL TABLET	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION	3	
levocarnitine intravenous solution	1 or 1b*	
levocarnitine oral solution	1 or 1b*	
levocarnitine oral tablet	1 or 1b*	
levocarnitine sf oral solution	1 or 1b*	
TRASTORNOS EN EL CICLO DE LA UREA - AGENTES		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
PHEBURANE ORAL PELLET	4	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RAVICTI ORAL LIQUID	3	PA; LD; QL; SP
sod benz-sod phenylacet intravenous solution	1 or 1b*	
sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
sodium phenylbutyrate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
TRATAMIENTO CON FENILBUTAZONAS - AGENTES		
JAVYGTOR ORAL PACKET	4	PA; LD
JAVYGTOR ORAL TABLET	4	PA; LD
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML	4	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	4	PA; LD; QL; SP
sapropterin dihydrochloride oral packet	4	PA; LD; SP
sapropterin dihydrochloride oral tablet	4	PA; LD; SP
TRATAMIENTO DE LA ACIDURIA ORÓTICA HEREDITARIA - AGENTES		
XURIDEN ORAL PACKET	3	PA; LD; QL
TRATAMIENTO DE LA HIPERAMONEMIA - AGENTES		
carglumic acid oral tablet soluble	4	PA; LD
TRATAMIENTO DE LA HOMOCISTINURIA - AGENTES		
betaine oral powder	1 or 1b*	LD
CYSTADANE ORAL POWDER	3	LD

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRATAMIENTO DE LA INMUNODEFICIENCIA COMBINADA GRAVE (IDCG) POR DÉFICIT DE ADENOSINA DESAMINASA - AGENTES			TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO HIPOFOSFATÉMICO LIGADO AL CROMOSOMA X - AGENTES		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION	4	PA; LD	CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
TRATAMIENTO DE LA TIROSINEMIA TIPO 1 (HT-1) HEREDITARIA - AGENTES			TRATAMIENTO PARA LA DEFICIENCIA DE LA ALFA-GLUCOSIDASA ÁCIDA (GAA) - AGENTES		
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg	4	PA; LD; SP	LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
nitisinone oral capsule 20 mg	4	PA; LD	NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
NITYR ORAL TABLET	4	PA; LD	OPFOLDA ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
ORFADIN ORAL CAPSULE	4	PA; LD	POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
ORFADIN ORAL SUSPENSION	4	PA; LD	VASOPRESINA		
TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISM O - ANÁLOGOS DE VITAMINA D			DDAVP INJECTION SOLUTION 4 MCG/ML	3	
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	1 or 1b*	PA	DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG	3	DO
calcitriol oral capsule	1 or 1b*	PA	DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG	3	QL
calcitriol oral solution	1 or 1b*	PA	DDAVP PF INJECTION SOLUTION	3	
doxercalciferol intravenous solution	1 or 1b*	PA	desmopressin ace spray refrigerated nasal solution	1 or 1b*	
doxercalciferol oral capsule	1 or 1b*	PA	desmopressin acetate injection solution	1 or 1b*	
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION 4 MCG/2ML	3	PA	desmopressin acetate nasal solution	3	LD; QL
paricalcitol intravenous solution	1 or 1b*	PA	desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg	1 or 1b*	DO
paricalcitol oral capsule	1 or 1b*	PA	desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg	1 or 1b*	QL
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	PA; QL	desmopressin acetate pf injection solution	1 or 1b*	
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA			
ZEMPLAR ORAL CAPSULE 1 MCG, 2 MCG	3	PA			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
desmopressin acetate spray nasal solution	1 or 1b*	
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
vasopressin +rfid intravenous solution	1 or 1b*	
vasopressin intravenous solution	1 or 1b*	
vasopressin-sodium chloride intravenous solution 20-0.9 ut/100ml-%, 40-0.9 ut/100ml-%	3	
VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION 20 UNIT/ML, 20-5 UT/100ML-%, 40-5 UT/100ML-%	3	
AGENTES GASTROINTESTINALES VARIOS		
*HEPATOTROPICS - THYROID HORMONE RECEPTOR-BETA AGONISTS***		
REZDIFFRA ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
*ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS***		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE	4	PA; LD; QL
BYLVAY ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML	4	PA; LD; QL
*LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)**		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION	4	PA; LD; QL
VOWST ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL
ACIDULANTES INTESTINALES		
enulose oral solution	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
generlac oral solution	1 or 1b*	QL
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	1 or 1b*	QL
ACTIVADORES DE CANALES DE CLORURO GASTROINTESTINALES		
lubiprostone oral capsule	1 or 1b*	QL
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
AURYXIA ORAL TABLET	3	ST; QL
calcium acetate (phos binder) oral capsule	1 or 1b*	QL
calcium acetate (phos binder) oral tablet	1 or 1b*	QL
calcium acetate oral tablet 667 mg	1 or 1b*	QL
FOSRENOL ORAL PACKET	3	ST; QL
lanthanum carbonate oral tablet chewable	1 or 1b*	QL
sevelamer carbonate oral packet	1 or 1b*	QL
sevelamer carbonate oral tablet	1 or 1b*	QL
sevelamer hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL
AGENTES ANIALERGÉNICOS GASTROINTESTINALES		
cromolyn sodium oral concentrate	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE	3	
AGENTES CIC - AGONISTAS DE LA ENZIMA GUANILATO CICLASA C (GC-C)		
TRULANCE ORAL TABLET	3	QL
AGENTES DE ANOMALÍAS EN LA SÍNTESIS DE ÁCIDOS BILIARES		
CHOLBAM ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA EL IBS - AGONISTAS DEL RECEPTOR OPIOIDE MU		
VIBERZI ORAL TABLET	3	QL
AGENTES PARA EL IBS - ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO 5-HT3		
alosetron hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
AGENTES PARA EL SÍNDROME DEL INTESTINO IRRITABLE (IBS) - AGONISTAS DE LA ENZIMA GUANILATO CICLASA C (GC-C)		
LINZESS ORAL CAPSULE	2	QL
AGENTES PARA LA INFLAMACIÓN INTESTINAL		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	ST; QL
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	QL
AZULFIDINE ORAL TABLET	3	QL
balsalazide disodium oral capsule	1 or 1b*	QL
CANASA RECTAL SUPPOSITORY	3	QL
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL
DIPENTUM ORAL CAPSULE	3	ST; QL
mesalamine er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
mesalamine oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL
mesalamine oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
mesalamine rectal enema	1 or 1b*	QL
mesalamine rectal suppository	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
mesalamine-cleanser rectal kit	1 or 1b*	QL
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG	2	QL
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG	3	ST; QL
ROWASA RECTAL KIT	3	QL
SFROWASA RECTAL ENEMA	3	QL
sulfasalazine oral tablet	1 or 1b*	QL
sulfasalazine oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
AGENTES SOLUBILIZANTES DE CÁLCULOS BILIARES		
URSO FORTE ORAL TABLET	3	
ursodiol oral capsule 300 mg	1 or 1b*	
ursodiol oral tablet	1 or 1b*	
AGONISTAS DEL RECEPTOR X FARNESOIDE (FXR)		
OCALIVA ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
ANÁLOGOS DEL PÉPTIDO SIMILAR AL GLUCAGÓN TIPO 2 (GLP-2)		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; LD; SP
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA		
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL; SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	4	PA; QL; SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LAS INTEGRINAS		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR OPIOIDE PERIFÉRICO		
alvimopan oral capsule	1 or 1b*	
MOVANTIK ORAL TABLET	2	QL
RELISTOR ORAL TABLET	3	ST; QL
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 8 MG/0.4ML	3	ST; QL
SYMPROIC ORAL TABLET	3	ST; QL
BLOQUEADORES ALFA DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
infliximab intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
ESTIMULANTES GASTROINTESTINALES		
GIMOTI NASAL SOLUTION	3	PA; QL
metoclopramide hcl injection solution	1 or 1a*	
metoclopramide hcl oral solution 10 mg/10ml, 5 mg/5ml	1 or 1a*	QL
metoclopramide hcl oral tablet	1 or 1a*	QL
metoclopramide hcl oral tablet dispersible 5 mg	1 or 1a*	ST; QL
REGLAN ORAL TABLET	3	QL
INHIBIDORES DE LA TRIPTÓFANO HIDROXILASA		
XERMELO ORAL TABLET	4	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES GENITOURINARIOS VARIOS		
*IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG***		
FILSPARI ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA)***		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES ANTIINFECCIOSOS - IRRIGANTES GENITOURINARIOS		
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	1 or 1b*	
AGENTES PARA CÁLCULOS URINARIOS		
LITHOSTAT ORAL TABLET	3	
tiopronin oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL
tiopronin oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; LD; QL
AGENTES PARA LA CISTINOSIS		
CYSTAGON ORAL CAPSULE	4	PA; LD; SP
PROCYSBİ ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	4	PA; LD
PROCYSBİ ORAL PACKET	4	PA; LD
AGENTES PARA LA CISTITIS INTERSTICIAL		
ELMIRON ORAL CAPSULE	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION	3	
ANALGÉSICOS URINARIOS		
eq urinary pain relief max st oral tablet 99.5 mg	1 or 1b*	
ANTAGONISTAS DE ADRENORECEPTORES ALFA 1		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
silodosin oral capsule	1 or 1b*	QL
tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
CITRATOS		
potassium citrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	
COMBINACIONES DE AGENTES DE REFLUJO VESICOURETERAL (VUR)		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE	3	
COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA		
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
FOSFATOS		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET	3	
INHIBIDORES DE LA 5-ALFA REDUCTASA		
dutasteride oral capsule	1 or 1b*	QL
finasteride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL
PROSCAR ORAL TABLET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
IRRIGANTES GENITOURINARIOS		
acetic acid irrigation solution	1 or 1b*	
ARGYLE STERILE SALINE IRRIGATION SOLUTION	1 or 1b*	
CURITY STERILE SALINE IRRIGATION SOLUTION	1 or 1b*	
glycine irrigation solution	1 or 1b*	
glycine urologic irrigation solution	1 or 1b*	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION	3	
sodium chloride irrigation solution 0.9 %	1 or 1b*	
sorbitol irrigation solution 3 %	3	
sorbitol-mannitol irrigation solution	3	
AGENTES HEMATOLÓGICOS VARIOS		
AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA		
adzynma intravenous kit	4	PA; LD
*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA***		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD
*COMPLEMENT C1 INHIBITORS***		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
*COMPLEMENT C3 INHIBITORS***		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL
*COMPLEMENT C5 INHIBITORS***		
PIASKY INJECTION SOLUTION	4	PA; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/30ML	4	PA; LD; QL; SP	ACTIVADORES DEL PLASMINÓGENO TISULAR		
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1100 MG/11ML, 300 MG/3ML	4	PA; LD; QL; SP	ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
VEOPOZ INJECTION SOLUTION	4	PA; LD; QL	CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL	TNKASE INTRAVENOUS KIT	3	
*COMPLEMENT C5A INHIBITORS***			AGENTES ANTI FACTOR VON WILLEBRAND		
gohibic intravenous solution	3		CABLIVI INJECTION KIT	4	PA; LD
*COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS***			AGENTES DE QUINAZOLINA		
TAVNEOS ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL	AGRYLIN ORAL CAPSULE	3	QL
*COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS***			anagrelide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
FABHALTA ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL	AGENTES HEMORREOLÓGICOS		
*COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS***			pentoxifylline er oral tablet extended release	1 or 1b*	
VOYDEYA ORAL TABLET	4	PA; LD; QL	ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES B2 DE LA BRADICININA		
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL	icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; QL; SP
*PYRUVATE KINASE ACTIVATORS***			SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL
PYRUKYND ORAL TABLET	4	PA; LD; QL	ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR-1 DE PROTEASA ACTIVADA (PAR-1)		
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL	ZONTIVITY ORAL TABLET	3	PA; QL
*THROMBOLYTIC AGENT - MISC***			COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION	4		aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	3	PA; QL	HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP
DERIVADOS DE LA CICLO-PENTIL-TRIAZOLO-PIRIMIDINA (CPTP)			RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP
BRILINTA ORAL TABLET	2	QL	INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
DERIVADOS DE LA TIENOPIRIDINA			TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
clopidogrel bisulfate oral tablet	1 or 1b*	QL	INHIBIDORES DE CALICREÍNA PLASMÁTICA		
prasugrel hcl oral tablet	1 or 1b*	QL	KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
EXPANSORES PLASMÁTICOS			ORLADEYO ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL
hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*		INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA III		
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION	3		cilostazol oral tablet	1 or 1b*	
LMD IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*		INHIBIDORES DE TIROSINAS-CINASAS (SYK)		
LMD IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*		TAVALISSE ORAL TABLET	4	PA; LD; QL
HEMINA			INHIBIDORES DEL RECEPTOR DE LA GLICOPROTEÍNA IIB/IIIA		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG	3		AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	
INHIBIDORES DE AGREGACIÓN PLAQUETARIA			AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5-0.9 MG/250ML-%, 5-0.9 MG/100ML-%	3	
dipyridamole oral tablet	1 or 1b*		eptifibatide intravenous solution 20 mg/10ml, 200 mg/100ml, 75 mg/100ml	1 or 1b*	
INHIBIDORES DE C1					
BERINERT INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; QL; SP			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
tirofiban hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*		ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS - ANTICUERPOS MONOCLONALES			ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP	FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 2500 UNIT, 500 UNIT	4	PA; LD; SP
PRODUCTOS ANTIHEMOFÍLICOS			FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 1700 UNIT, 250 UNIT, 500 UNIT	4	PA; LD; SP
adynovate intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP	HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000-2400 UNIT, 250-600 UNIT, 500-1200 UNIT	4	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; SP	IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 250 UNIT, 500 UNIT	4	PA; LD; SP	IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	KCENTRA INTRAVENOUS KIT	3	
ALTUVIPIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 2000 UNIT, 250 UNIT, 3000 UNIT, 4000 UNIT, 500 UNIT	4	PA; LD; SP	KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 500 UNIT	4	PA; LD; SP
BENEFIX INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; SP	KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP			
CORIFACT INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	XYNTA INTRAVENOUS KIT 1000 UNIT, 2000 UNIT, 250 UNIT, 500 UNIT	4	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	LD; SP	XYNTA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; SP
NOVOSSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	PROTAMINA		
NUWIQ INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; SP	protamine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	PROTEÍNA C HUMANA		
obizur intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP	CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	PROTEÍNAS PLASMÁTICAS		
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
RECOMBIMATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	albumin human intravenous solution	3	
rixubis intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP	ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	albumin-zlb intravenous solution	3	
TRETEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2500 UNIT	4	PA; LD; SP	alburx intravenous solution	3	
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
WILATE INTRAVENOUS KIT	4	PA; LD; SP	FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
			kedbumin intravenous solution	3	
			OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION	3	
			OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
			OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT	3	
AGENTES HEMATOPOYÉTICOS		
*ERYTHROID MATURATION AGENTS***		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
*SELECTIN BLOCKERS***		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; SP
ÁCIDO FÓLICO/FOLATO		
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*	\$0
FA-8 ORAL CAPSULE	1 or 1b*	\$0
folate oral tablet	1 or 1a*	\$0
folic acid injection solution	1 or 1a*	
folic acid oral capsule 0.8 mg	1 or 1b*	\$0
folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	1 or 1a*	\$0
ft folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*	\$0
gnp folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*	\$0
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0
true folic acid oral tablet 400 mcg	1 or 1a*	\$0
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES CITOTÓXICOS		
DROXIA ORAL CAPSULE	2	
SIKLOS ORAL TABLET	3	PA; SP
AGENTES ESTIMULANTES DE LA ERITROPOYESIS (ESA)		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION 100 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 40 MCG/ML, 60 MCG/ML	4	PA; QL; SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 500 MCG/ML, 60 MCG/0.3ML	4	PA; QL; SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	4	PA; QL; SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL
PROCRIT INJECTION SOLUTION	4	PA; QL; SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 20000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	4	PA; QL; SP
AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE GAUCHER		
CERDELGA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	2	PA; LD; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
miglustat oral capsule	2	PA; LD; QL; SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
YARGESA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
AGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA TROMBOPOYETINA (TPO)		
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG	4	PA; LD; QL; SP
MULPLETA ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	4	PA; LD; QL; SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	4	PA; LD; QL; SP
AMINOÁCIDOS		
l-glutamine oral packet	4	PA; LD; SP
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR CXCR4		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	4	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL
COBALAMINAS		
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DODEX INJECTION SOLUTION	1 or 1a*	
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE ÁCIDO FÓLICO/FOLATO		
FOLTABS 800 ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ERITROPOYETINA		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MCG/0.4ML	4	PA; QL; SP
FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS DE GRANULOCITOS Y MACRÓFAGOS (GM-CSF)		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP
FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS DE GRANULOCITOS (G-CSF)		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	4	PA; QL; SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; QL; SP	tranexamic acid-nacl intravenous solution	3	
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP	AGENTES HEMOSTÁTICOS TÓPICOS		
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; SP	ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL	3	
HIERRO			AVITENE EXTERNAL PAD	3	
ACCRUFER ORAL CAPSULE	3		AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL; SP	ENDO AVITENE EXTERNAL	3	
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL; SP	GELFILM EXTERNAL FILM	3	
ferumoxytol intravenous solution	4	PA; QL; SP	GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE	3	
INFED INJECTION SOLUTION	4	PA; SP	GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL	3	
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	4	PA; QL; SP	GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL	3	
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL; SP	GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER	3	
AGENTES HEMOSTÁTICOS			GELFOAM SPONGE EXTERNAL	3	
AGENTES HEMOSTÁTICOS SISTÉMICOS			GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL	3	
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*		GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL	3	
aminocaproic acid oral solution	1 or 1b*	QL	GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL	3	
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	1 or 1b*		INSTAT EXTERNAL PAD	3	
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL	INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD	3	
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	3		INTERCEED EXTERNAL PAD	3	
tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml	1 or 1b*		RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL	RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
			SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL	3	
COMBINACIONES HEMOSTÁTICAS TÓPICAS		
ARTISS EXTERNAL KIT	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TISSEEL EXTERNAL KIT	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION	3	
AGENTES NASALES - SISTÉMICOS Y TÓPICOS		
ANESTÉSICOS NASALES		
cocaine hcl nasal solution	3	
goprelo nasal solution	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION	3	
ANTICOLINÉRGICOS NASALES		
ipratropium bromide nasal solution	1 or 1b*	QL
ANTIHISTAMÍNICOS ESTEROIDES		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL
ANTIHISTAMÍNICOS NASALES		
azelastine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL
olopatadine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL
DESCONGESTIVOS SISTÉMICOS		
eq sinus & congestion max str oral tablet	1 or 1b*	
ESTEROIDES NASALES		
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)	3	QL
fluticasone propionate nasal suspension	1 or 1b*	QL
mometasone furoate nasal suspension	3	ST; QL
PROPEL MINI NASAL IMPLANT	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT	3	
PROPEL NASAL IMPLANT	3	
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION	3	PA; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES NEUROMUSCULARES					
*ALS AGENT COMBINATIONS***					
RELYVRIOR ORAL PACKET	4	PA; LD; QL; SP	amondys 45 intravenous solution	4	PA; LD
*FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS***					
SKYCLARYS ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL	EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
*MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS**					
DUVYZAT ORAL SUSPENSION	4	PA; LD; QL	VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
*RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE-PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS***					
DAYBUE ORAL SOLUTION	4	PA; LD; QL	VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS***			AGENTES PARA LA ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) - MISCELÁNEOS		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL	RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES - NEUROTOXINAS			RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION	4	PA; LD; QL; SP
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA	BENZOTIAZOLES		
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; SP	riluzole oral tablet	4	PA; QL; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION	4	PA; SP	TEGLUTIK ORAL SUSPENSION	4	PA; LD; QL
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	RELAJANTES MUSCULARES DESPOLARIZANTES		
			ANECTINE INJECTION SOLUTION	3	
			QUELICIN INJECTION SOLUTION	3	
			succinylcholine chloride injection solution prefilled syringe 100 mg/5ml	3	
			RELAJANTES MUSCULARES NO DESPOLARIZANTES		
			atracurium besylate intravenous solution 100 mg/10ml, 50 mg/5ml	1 or 1b*	
			cisatracurium besylate (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
			cisatracurium besylate intravenous solution 20 mg/10ml	1 or 1b*	
			rocuronium bromide intravenous solution 100 mg/10ml, 50 mg/5ml	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
vecuronium bromide intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
AGENTES OFTÁLMICOS		
*OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS***		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION	4	PA; LD; SP
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS***		
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION	4	PA; LD
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS***		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION	4	PA; LD; SP
*OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE**		
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS**		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES OFTÁLMICOS		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
diclofenac sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
flurbiprofen sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL
ketorolac tromethamine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
AGENTES DE TERAPIA FOTODINÁMICA OFTÁLMICA		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	LD; QL; SP
AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS OFTÁLMICOS		
apraclonidine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
brimonidine tartrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	
ANESTÉSICOS LOCALES OFTÁLMICOS		
AKTEN OPHTHALMIC GEL	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL	3	
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTAGONISTA DEL ANTÍGENO 1 ASOCIADO CON LA FUNCIÓN LINFOCITA (LFA-1)		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION	2	QL
ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE CRECIMIENTO ENDOTELIAL VASCULAR (VEGF)		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION	4	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION	4	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION	4	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION	4	LD; SP
ANTIALÉRGICOS OFTÁLMICOS		
azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
cromolyn sodium ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
epinastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
eq olopatadine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIBIÓTICOS OFTÁLMICOS		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
bacitracin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
erythromycin ophthalmic ointment	3	QL
gatifloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
gentamicin sulfate ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
levofloxacin ophthalmic solution 1.5 %	1 or 1b*	QL
MITOSOL OPHTHALMIC KIT	3	
moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
moxifloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ofloxacin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
tobramycin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
ANTIMICÓTICOS OFTÁLMICOS		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas		
ANTISÉPTICOS OFTÁLMICOS							
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION	3		COMBINACIÓN DE AGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS E INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA				
ANTIVIRALES OFTÁLMICOS			SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL		
trifluridine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS OFTÁLMICAS				
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL	3	QL	bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	1 or 1a*	QL		
BETABLOQUEADORES - COMBINACIONES OFTÁLMICAS			neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL		
brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	1 or 1b*	QL		
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT	1 or 1b*	QL		
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %	1 or 1b*	QL	POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT	1 or 1a*	QL		
BETABLOQUEADORES - OFTÁLMICOS			polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution	1 or 1a*	QL		
betaxolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	COMBINACIONES DE ESTEROIDES OFTÁLMICOS				
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL	bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL		
carteolol hcl ophthalmic solution	1 or 1a*		MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL		
levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*		MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	3	QL		
timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL		
TIMOLOL MALEATE OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION	1 or 1b*	QL	neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	1 or 1a*	QL		
timolol maleate ophthalmic gel forming solution	1 or 1b*	QL	neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1	1 or 1b*			
timolol maleate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL					
timolol maleate pf ophthalmic solution	1 or 1b*	QL					
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL					

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT	1 or 1b*	QL	VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution	1 or 1a*	QL	DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS		
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT	2		AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL	CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION	3	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION	2	QL	HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	
COMBINACIONES DE FOTOREFORZADORES OFTÁLMICOS			HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOSUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3		HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	
COMBINACIONES DE LÁGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES			HEALONS5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	
lubricant eye pm ophthalmic ointment	1 or 1b*		PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	
REFRESH P.M. OPHTHALMIC OINTMENT	1 or 1b*		TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
COMBINACIONES DE MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS			TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION	3		VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
DISPOSITIVOS QUIRÚRGICOS OFTÁLMICOS - COMBINACIONES			ESTEROIDES OFTÁLMICOS		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION	3		dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution	1 or 1b*	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML	3		DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION	3				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION	3		prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution	3	QL
difluprednate ophthalmic emulsion	1 or 1b*	QL	RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA; LD; SP
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION	3	QL	TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION	3	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION	3		XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION	4	PA; LD
fluorometholone ophthalmic suspension	1 or 1b*		YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA; LD
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION	3		FACTORES DE CRECIMIENTO NERVIOSO OFTÁLMICO		
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION	3		OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION	4	PA; LD; QL
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT	4	PA; LD; SP	INHIBIDORES DE CINASA OFTÁLMICOS - COMBINACIONES		
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL	ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL	3	QL	INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA OFTÁLMICOS		
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT	3	QL	brinzolamide ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION	3	QL	dorzolamide hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL	3	QL	INHIBIDORES OFTÁLMICOS DE LA RHO-CINASA		
loteprednol etabonate ophthalmic gel	1 or 1b*	QL	RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	1 or 1b*	QL	INMUNOMODULADORES OFTÁLMICOS		
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION	3		RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	2	QL
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT	3	PA; LD; SP	RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION	1 or 1b*	QL
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION	3		VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION	3	PA; QL
prednisolone acetate ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LÁGRIMAS ARTIFICIALES Y LUBRICANTES		
EYES ALIVE OPHTHALMIC SOLUTION	1 or 1b*	
MIDRIÁTICOS CICLOPLÉJICOS		
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 %	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL
cyclopentolate hcl ophthalmic solution 1 %	1 or 1b*	QL
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION	3	
phenylephrine hcl ophthalmic solution 10 %, 2.5 %	1 or 1b*	
tropicamide ophthalmic solution	1 or 1b*	
MIÓTICOS - ACTUACIÓN DIRECTA		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION	3	
pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %	1 or 1b*	
MIÓTICOS - INHIBidores DE LA COLINESTERASA		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
OFTÁLMICOS - AGENTES DE CISTINOSIS		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION	4	PA; LD; QL
PRODUCTOS OFTÁLMICOS DE DIAGNÓSTICO		
ak-fluor intravenous solution 10 %	1 or 1b*	
ak-fluor intravenous solution 25 %	3	
altafluor benox ophthalmic solution	1 or 1b*	
fluorescein intravenous solution	1 or 1b*	
fluorescein sodium/benoxinate ophthalmic solution	3	
fluorescein-benoxinate ophthalmic solution	1 or 1b*	
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
PROSTAGLANDINAS - OFTÁLMICAS		
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT	4	PA; LD; QL; SP
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL
latanoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	2	QL
tafluprost (pf) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
travoprost (bak free) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.0015 %	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN OFTÁLMICA			fluocinolone acetonide otic oil	1 or 1b*	
BSS INTRAOCULAR SOLUTION	3		hydrocortisone-acetic acid otic solution	3	QL
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION	3		AGENTES PARA EL CUIDADO DE BOCA/GARGANTA/DIENTES		
SULFONAMIDAS OFTÁLMICAS			AGENTES ANTIINFECCIOSOS - GARGANTA		
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL	clotrimazole mouth/throat troche	1 or 1b*	QL
sulfacetamide sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL	nystatin mouth/throat suspension	3	QL
AGENTES ÓTICOS			ORAVIG BUCCAL TABLET	3	
AGENTES ÓTICOS VARIOS			ANESTÉSICOS TÓPICOS ORALES		
acetic acid otic solution	1 or 1b*		lidocaine hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
ANTIINFECCIOSOS ÓTICOS			lidocaine viscous hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
CETRAXAL OTIC SOLUTION	3	QL	ANTISÉPTICOS - BOCA/GARGANTA		
ciprofloxacin hcl otic solution	1 or 1b*	QL	chlorhexidine gluconate mouth/throat solution	1 or 1a*	QL
ofloxacin otic solution	1 or 1b*	QL	PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION	3	QL
COMBINACIONES ANTIINFECCIOSAS ESTEROIDES ÓTICAS			PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION	1 or 1a*	QL
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension	1 or 1b*	QL	ESTEROIDES - BOCA/GARGANTA		
ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution	1 or 1b*	QL	KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE	1 or 1b*	
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION	3		ORALONE MOUTH/THROAT PASTE	1 or 1b*	
neomycin-polymyxin-hc otic solution	1 or 1b*		triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension	1 or 1b*	QL	ESTIMULANTES DE SALIVA		
OTOVEL OTIC SOLUTION	3	QL	cevimeline hcl oral capsule	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE ANALGÉSICOS ÓTICOS			EVOXAC ORAL CAPSULE	3	
PRAMOTIC OTIC LIQUID	3		pilocarpine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ESTEROIDES ÓTICOS					
DERMOTIC OTIC OIL	3				
FLAC OTIC OIL	1 or 1b*				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SALAGEN ORAL TABLET	3	QL
PASTILLAS		
medikoff drops mouth/throat lozenge 5.8 mg	1 or 1b*	
PRODUCTOS DENTALES - COMBINACIONES		
denta 5000 plus sensitive dental gel	3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL GEL	3	
PRODUCTOS DENTALES CON FLUORURO		
CLINPRO 5000 DENTAL PASTE	1 or 1b*	QL
DENTA 5000 PLUS DENTAL CREAM	1 or 1b*	QL
DENTAGEL DENTAL GEL	1 or 1a*	QL
EASYGEL DENTAL GEL	1 or 1b*	
FLUORIDEX DAILY RENEWAL MOUTH/THROAT CONCENTRATE	1 or 1b*	
FLUORIDEX DENTAL PASTE	1 or 1b*	QL
FLUORIDEX ENHANCED WHITENING DENTAL PASTE	1 or 1b*	QL
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL
sf dental gel	1 or 1a*	QL
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO OSTEOMUSCULAR		
*RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS***		
SOHONOS ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
COMBINACIONES DE RELAJANTES MUSCULARES		
NORGESIC ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL
orphenadrine-aspirin-caffeine oral tablet 25-385-30 mg	1 or 1b*	ST; QL
ORPHENGESIC FORTE ORAL TABLET 50-770-60 MG	1 or 1b*	ST; QL
RELAJANTES MUSCULARES CENTRALES		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
carisoprodol oral tablet	1 or 1b*	QL
chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
methocarbamol injection solution 1000 mg/10ml	1 or 1b*	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	QL
orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL
orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
ROBAXIN INJECTION SOLUTION 1000 MG/10ML	3	
tizanidine hcl oral capsule 6 mg	1 or 1b*	QL
tizanidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZANAFLEX ORAL TABLET	3	ST; QL
RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE 25 MG	3	
dantrolene sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
dantrolene sodium oral capsule	1 or 1b*	
REVONTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
VISCOSUPLEMENTOS		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE	4	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE	4	
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION	4	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA
AGENTES PARA LA GOTAS		
AGENTES PARA LA GOTAS		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	1 or 1a*	QL
allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
colchicine oral tablet	2	QL
febuxostat oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
GLOPERBA ORAL SOLUTION	3	QL
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
COMBINACIONES DE AGENTES PARA LA GOTAS		
colchicine-probenecid oral tablet	1 or 1b*	
URICOSÚRICO		
probenecid oral tablet	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS		
*ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS***		
XYWAV ORAL SOLUTION	4	PA; LD; QL
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS***		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	PA; QL
*THIENBENZODIAZEPI NES & OPIOID ANTAGONISTS***		
LYBALVI ORAL TABLET	3	ST; QL
AGENTE PARA LA FIBROMALGIA - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (IRSN)		
SAVELLA ORAL TABLET	2	QL
SAVELLA TITRATION PACK ORAL	2	QL
AGENTES ANTICATAPLÉTICOS		
sodium oxybate oral solution	4	PA; LD; QL
XYREM ORAL SOLUTION	4	PA; LD; QL
AGENTES DE ARN PEQUEÑO DE INTERFERENCIA (SIRNA)		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES DE NEURALGIA POSTHERPÉTICA (PHN)		
gabapentin (once-daily) oral tablet	1 or 1b*	PA; DO

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GRALISE ORAL TABLET 300 MG	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG	3	PA; QL
GRALISE ORAL TABLET 750 MG	2	PA; DO; QL
GRALISE ORAL TABLET 900 MG	2	PA; QL
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg	1 or 1b*	PA; DO
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg	1 or 1b*	PA; QL
AGENTES INHIBIDORES DE OLIGONUCLEÓTIDO ANTISENTIDO (ASO)		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; LD; QL
AGENTES MS - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA		
teriflunomide oral tablet	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL (TDPM) - ISRS		
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL
AGENTES PARA LA ABSTINENCIA DE ESTUPEFACIENTES		
LUCEMYRA ORAL TABLET	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ACTIVADORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN NRF2		
dimethyl fumarate oral capsule delayed release	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
VUMERTY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTICUERPOS MONOCLONALES		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; LD; QL; SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - ANTIMETABOLITOS		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - BLOQUEADORES DE CANALES DE POTASIO		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	4	PA; LD; QL; SP
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE - INTERFERONES		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT	4	PA; QL; SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT	4	PA; QL; SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	4	PA; LD; QL; SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; QL; SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; QL; SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; QL; SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; QL; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	4	PA; QL; SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	4	PA; QL; SP
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	4	PA; QL; SP
AGENTES PARA SÍNTOMAS VASOMOTORES - ISRS		
paroxetine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
AGENTES PSICOTERAPÉUTICOS Y NEUROLÓGICOS VARIOS		
ergoloid mesylates oral tablet	1 or 1b*	QL
pimozide oral tablet	1 or 1b*	AL; QL
AGONISTA DE RECEPTOR DE SEROTONINA 1A/ANTAGONISTA DE RECEPTOR DE SEROTONINA 2A		
ADDYI ORAL TABLET	3	PA; QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA		
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg	1 or 1b*	DO
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg	1 or 1b*	QL
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	1 or 1b*	QL
memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
memantine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET	3	QL
BENZODIACEPINAS Y ISRS		
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	AL; QL
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE 3-25 MG, 6-25 MG	3	DO; AL
BENZODIAZEPINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS		
chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
COLINOMIMÉTICOS - INHIBIDORES DE LA ACETILCOLINESTERAS A (ACHE)		
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG	3	QL
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG	3	DO
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg	1 or 1b*	QL
donepezil hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
donepezil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	ST; QL
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg	1 or 1b*	QL
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg	1 or 1b*	DO
galantamine hydrobromide oral solution	1 or 1b*	QL
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg	1 or 1b*	QL
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	1 or 1b*	DO

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	1 or 1b*	QL
rivastigmine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	QL
COMBINACIONES DE AGENTES ANTIDEMENCIA		
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK	2	QL
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	QL
COMBINACIONES DE AGENTES DE LABILIDAD EMOCIONAL		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE	3	QL
FARMACOTERAPIA PARA TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO		
AUSTEDO ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	4	PA; QL; SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	4	PA; QL; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG	4	PA; LD; QL; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG	4	PA; LD; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG	4	PA; LD; QL; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
tetrabenazine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
FENOTIAZINAS Y AGENTES TRICÍCLICOS		
perphenazine-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	AL
MODULADORES DEL RECEPTOR DE ESFINGOSINA-1-FOSFATO (S1P)		
fingolimod hcl oral capsule	4	PA; QL; SP
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG	4	PA; QL; SP
MAYZENT ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
PONVORY ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK 0.23MG &0.46MG 0.92MG(21)	4	PA; LD; QL; SP
PRODUCTOS PARA DEJAR DE BEBER ALCOHOL		
acamprosate calcium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
disulfiram oral tablet	1 or 1b*	
PRODUCTOS PARA DEJAR DE FUMAR		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; \$0; QL
cvs nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
cvs nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
cvs nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
eq nicotine mouth/throat gum 4 mg	1 or 1b*	\$0
eq nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
eq nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
eq nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	1 or 1b*	\$0
ft nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
ft nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
ft nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
gnp nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
goodsense nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
goodsense nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
HABITROL TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	1 or 1b*	\$0
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	1 or 1b*	\$0
KLS QUIT2 MOUTH/THROAT GUM	1 or 1b*	\$0
KLS QUIT2 MOUTH/THROAT LOZENGE	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
KLS QUIT4 MOUTH/THROAT GUM	1 or 1b*	\$0
KLS QUIT4 MOUTH/THROAT LOZENGE	1 or 1b*	\$0
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	2	\$0
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE	2	\$0
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM	2	\$0
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE	2	\$0
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM	2	\$0
nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
nicotine transdermal kit	2	\$0
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
NICOTROL INHALATION INHALER	3	PA; \$0; QL
NICOTROL NS NASAL SOLUTION	3	PA; \$0; QL
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
ra mini nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
ra nicotine gum mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	\$0
ra nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
ra nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	1 or 1b*	\$0
sm nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
sm nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*	\$0
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*	\$0
sm nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	\$0
THRIVE MOUTH/THROAT GUM 2 MG	1 or 1b*	\$0
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack	1 or 1b*	\$0; QL
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	PA; \$0; QL
varenicline tartrate(continue) oral tablet	1 or 1b*	PA; \$0; QL
AGENTES RESPIRATORIOS VARIOS		
*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS***		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
AGENTE PARA LA FIBROSIS QUÍSTICA - COMBINACIONES		
ORKAMBI ORAL PACKET	4	PA; LD; QL
ORKAMBI ORAL TABLET	4	PA; LD; QL
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR - INHIBIDORES DE LA CINASA		
OFEV ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
AGENTES PARA LA FIBROSIS PULMONAR		
pirfenidone oral capsule	4	PA; LD; QL; SP
pirfenidone oral tablet 267 mg, 801 mg	4	PA; LD; QL; SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	4	PA; QL
ENZIMAS HIDROLÍTICAS		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	4	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE LA ALFA-PROTEINASA (HUMANOS)		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	4	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
POTENCIADORES DE CFTR		
KALYDECO ORAL PACKET	4	PA; LD; QL
KALYDECO ORAL TABLET	4	PA; LD; QL
AGENTES TIROIDEOS		
*ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTIC ALS***		
sodium iodide i-131 oral solution	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES ANTITIROIDEOS		
methimazole oral tablet	1 or 1a*	
propylthiouracil oral tablet	1 or 1b*	
HORMONAS TIROIDEAS		
EUTHYROX ORAL TABLET	1 or 1b*	
LEVO-T ORAL TABLET	1 or 1b*	
levothyroxine sodium intravenous solution	3	
levothyroxine sodium intravenous solution reconstituted	3	
levothyroxine sodium oral capsule	1 or 1b*	
levothyroxine sodium oral tablet	1 or 1a*	
LEVOXYL ORAL TABLET	1 or 1a*	
liothyronine sodium intravenous solution	1 or 1b*	
liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
NP THYROID ORAL TABLET	1 or 1a*	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION	3	
UNITHROID ORAL TABLET	1 or 1a*	
AMEBICIDAS		
AMEBICIDAS		
SOLOSEC ORAL PACKET	3	PA; QL
AMINOGLUCÓSIDOS		
AMINOGLUCÓSIDOS		
amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION	4	PA; LD; QL
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	4	LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%	1 or 1b*	
gentamicin sulfate injection solution	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE	3	PA
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE	4	LD; QL; SP
tobramycin inhalation nebulization solution	4	LD; QL; SP
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml	1 or 1b*	QL
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml	3	QL
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS		
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES (AINE)		
ANAPROX DS ORAL TABLET	3	QL
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION 800 MG/200ML, 800 MG/8ML	3	
DAYPRO ORAL TABLET	3	QL
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
diclofenac sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
ec-naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
etodolac oral capsule	1 or 1b*	QL
etodolac oral tablet	1 or 1b*	QL
FLANAX ORAL TABLET	1 or 1b*	
flurbiprofen oral tablet	1 or 1b*	QL
IBU ORAL TABLET	1 or 1a*	QL
ibuprofen lysine intravenous solution	1 or 1b*	
ibuprofen oral suspension	1 or 1a*	QL
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1 or 1a*	QL
indomethacin er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL
indomethacin oral capsule 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
indomethacin sodium intravenous solution reconstituted	3	
ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml, 30 mg/ml	1 or 1b*	QL
ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml	1 or 1b*	QL
ketorolac tromethamine oral tablet	1 or 1a*	QL
LODINE ORAL TABLET	3	QL
meclofenamate sodium oral capsule	1 or 1b*	QL
mefenamic acid oral capsule	1 or 1b*	QL
meloxicam oral tablet	1 or 1b*	QL
nabumetone oral tablet	1 or 1b*	QL
naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg	1 or 1b*	
naproxen oral tablet	1 or 1b*	QL
naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	1 or 1b*	QL
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL
piroxicam oral capsule	1 or 1b*	QL
sulindac oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
tolmetin sodium oral capsule	1 or 1b*	QL
AGENTES DEL RECEPTOR DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL SOLUBLE		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	4	PA; QL; SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	4	PA; QL; SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; QL; SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; QL; SP
ANTIMETABOLITOS ANTIRREUMÁTICOS		
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.2ML, 12.5 MG/0.25ML, 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	4	PA; QL; SP
ANTIRREUMÁTICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK)		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION	4	PA; QL
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	4	PA; QL; SP
XELJANZ ORAL SOLUTION	4	PA; QL; SP
XELJANZ ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	4	PA; QL; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTITNF ALFA - ANTICUERPOS MONOCLONALES			HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	4	PA; QL; SP
adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	SP	HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	4	PA; QL; SP
adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	4	PA; QL; SP	SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; SP
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	4	PA; QL; SP	BLOQUEADORES DE LA INTERLEUCINA-1 BETA		
adalimumab-adbm(cd/uc/hs str) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; QL; SP	ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; QL; SP	BLOQUEADORES DE LA INTERLEUCINA-1		
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML	4	SP	ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; QL; SP
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	4	PA; QL; SP	COMBINACIONES DE AGENTES ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES		
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT	4	PA; QL; SP	COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	4	PA; QL; SP	diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	4	PA; QL; SP	COMPUESTOS DE ORO		
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT	4	PA; QL; SP	RIDAURA ORAL CAPSULE	2	QL
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	4	PA; QL; SP	INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA 2 (COX-2)		
			celecoxib oral capsule	1 or 1b*	QL
			INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA 4 (PDE4)		
			OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	4	PA; QL; SP
			OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	4	PA; QL; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DE PIRIMIDINA		
ARAVA ORAL TABLET	3	QL
leflunomide oral tablet	1 or 1b*	QL
ANALGÉSICOS - NO NARCÓTICOS		
ANALGÉSICOS - OTROS		
acetaminophen intravenous solution	1 or 1b*	
ANALGÉSICOS - SEDATIVOS		
BAC ORAL TABLET	1 or 1b*	QL
butalbital-acetaminophen oral capsule	1 or 1b*	QL
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg	1 or 1b*	QL
butalbital-apap-caffeine oral tablet 50-325-40 mg	1 or 1b*	QL
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule	1 or 1b*	QL
TENCON ORAL TABLET 50-325 MG	1 or 1b*	QL
SALICILATOS		
aspirin 81 oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
aspirin 81 oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*	\$0
aspirin regimen oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1a*	\$0
BAYER LOW DOSE ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1a*	\$0
BAYER LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1a*	\$0
childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs aspirin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
diflunisal oral tablet	1 or 1b*	
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1a*	\$0
eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
eq aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
eql aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
eql aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ft aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ft aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
goodsense aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
h-e-b aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cls aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
kp aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
mm aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
qc aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin adult low strength oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*	\$0
sb childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
sb low dose asa ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
sm aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
ST JOSEPH ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1a*	\$0
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ST JOSEPH LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1a*	\$0
ANALGÉSICOS - OPIOIDES		
AGONISTAS OPIÁCEOS PARCIALES		
BELBUCA Buccal Film	3	PA; QL
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL
buprenorphine hcl injection solution 0.3 mg/ml	1 or 1b*	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film	1 or 1b*	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	QL
buprenorphine transdermal patch weekly	1 or 1b*	PA; QL
butorphanol tartrate injection solution	1 or 1b*	
butorphanol tartrate nasal solution	1 or 1b*	QL
nalbuphine hcl injection solution	1 or 1b*	QL
pentazocine-naloxone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	2	QL
AGONISTAS OPIÁCEOS		
codeine sulfate oral tablet 15 mg, 60 mg	3	AL; QL
codeine sulfate oral tablet 30 mg	1 or 1b*	AL; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DEMEROL INJECTION SOLUTION 100 MG/ML, 25 MG/ML, 50 MG/ML, 75 MG/ML	3	
DILAUDID INJECTION SOLUTION 0.2 MG/ML, 1 MG/ML, 2 MG/ML	3	
DILAUDID ORAL LIQUID	3	QL
DILAUDID ORAL TABLET	3	QL
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	
duramorph injection solution	1 or 1b*	
fentanyl citrate (pf) injection solution 100 mcg/2ml, 1000 mcg/20ml, 250 mcg/5ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml	1 or 1b*	
fentanyl citrate (pf) injection solution 50 mcg/ml	3	
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	1 or 1b*	PA; QL
fentanyl citrate buccal tablet 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	1 or 1b*	PA; QL
fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe	3	
fentanyl transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	PA; QL
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent	1 or 1b*	PA; QL
hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml	3	
hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml	1 or 1b*	
hydromorphone hcl oral liquid	1 or 1b*	QL
hydromorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
hydromorphone hcl pf injection solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml	3	
hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION	3	
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION	3	
levorphanol tartrate oral tablet 3 mg	1 or 1b*	PA; QL
meperidine hcl injection solution 100 mg/ml, 25 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
meperidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL
meperidine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL
methadone hcl injection solution	3	PA; QL
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE	1 or 1b*	PA; QL
methadone hcl oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL
methadone hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL
methadone hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
methadone hcl oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	3	PA; QL
METHADOSE ORAL TABLET SOLUBLE	1 or 1b*	PA; QL
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE	3	PA; QL
MITIGO INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml, 20 mg/ml	1 or 1b*	QL
morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	1 or 1b*	
morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml	3	
morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL	sufentanil citrate intravenous solution	1 or 1b*	
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	PA; QL	tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	1 or 1b*	PA; QL
morphine sulfate er oral tablet extended release	1 or 1b*	PA; QL	tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
morphine sulfate injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	3		tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1b*		tramadol hcl oral solution	3	AL; QL
morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml	3		tramadol hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	AL; QL
morphine sulfate oral solution	1 or 1b*	QL	tramadol hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	PA; AL; QL
morphine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL	ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
NUCYNTA ORAL TABLET	3	QL	COMBINACIONES DE CODEÍNA		
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION	3		acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	1 or 1a*	AL; QL
oxycodone hcl oral capsule	1 or 1b*	QL	acetaminophen-codeine oral tablet	1 or 1a*	AL; QL
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	1 or 1b*	QL	ASCOMP-CODEINE ORAL CAPSULE	1 or 1b*	AL; QL
oxycodone hcl oral solution	1 or 1b*	QL	butalbital-apap-caff-cod oral capsule	1 or 1b*	AL; QL
oxycodone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL	butalbital-asa-caff-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL
oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrant 15 mg	3	QL	COMBINACIONES DE DIHIDROCODEÍNA		
oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; QL	apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL
oxymorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL	TREZIX ORAL CAPSULE 320.5-30-16 MG	1 or 1b*	QL
QDOLO ORAL SOLUTION	3	AL; QL	COMBINACIONES DE HIDROCODONA		
remifentanil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		hydrocodone-acetaminophen oral solution 2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml	1 or 1b*	QL
ROXICODONE ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	3	QL	hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-300 mg, 10-325 mg, 5-300 mg, 5-325 mg, 7.5-300 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT 15 MG	3	QL			
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT 30 MG, 5 MG	3	PA; QL			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg	1 or 1b*	QL	XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector	3	PA
COMBINACIONES DE OPIÁCEOS					
APADAZ ORAL TABLET	3	QL	ANESTÉSICOS GENERALES		
benzhydrocodone-acetaminophen oral tablet	3	QL	ANESTÉSICOS BARBITÚRICOS		
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG	1 or 1b*	QL	BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	3	
oxycodone-acetaminophen oral solution 5-325 mg/5ml	1 or 1b*	QL	ANESTÉSICOS VARIOS		
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL	AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
COMBINACIONES DE TRAMADOL			anesthesia s/i-40a intravenous kit	3	
tramadol-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	AL; QL	anesthesia s/i-40h intravenous kit	3	
ANDRÓGENOS-ANABÓLICOS			anesthesia s/i-40s intravenous kit	3	
ANDRÓGENOS					
danazol oral capsule	1 or 1b*	QL	DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION 100 MG/10ML, 1000 MG/100ML, 200 MG/20ML, 500 MG/50ML	3	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION	1 or 1b*	PA	etomidate intravenous solution	1 or 1b*	
JATENZO ORAL CAPSULE	3	PA; QL	fresenius propoven intravenous emulsion 1000 mg/100ml, 200 mg/20ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
NATESTO NASAL GEL	3	PA; QL	KETALAR INJECTION SOLUTION	3	
TESTOPEL IMPLANT PELLET	3	PA; LD	ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml	1 or 1b*	PA	propofol intravenous emulsion 1000 mg/100ml, 200 mg/20ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
testosterone enanthate intramuscular solution	1 or 1b*	PA	propofol-lipuro intravenous emulsion	1 or 1b*	
testosterone transdermal gel 1.62 %, 10 mg/act (2%), 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 20.25 mg/act (1.62%), 25 mg/2.5gm (1%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)	1 or 1b*	PA; QL	ANESTÉSICOS VOLÁTILES		
testosterone transdermal solution	1 or 1b*	PA; QL	desflurane inhalation solution	1 or 1b*	
FORANE INHALATION SOLUTION			FORANE INHALATION SOLUTION	3	
isoflurane inhalation solution			isoflurane inhalation solution	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sevoflurane inhalation solution	1 or 1b*		XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION 0.5 %, 1 %, 1.5 %, 2 %	3	
SUPRANE INHALATION SOLUTION	3		ANESTÉSICOS LOCALES - ÉSTERES		
TERRELL INHALATION SOLUTION	1 or 1b*		chlorprocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
ULTANE INHALATION SOLUTION	3		NESACAINA INJECTION SOLUTION	3	
ANESTÉSICOS LOCALES - PARENTERALES			NESACAINA-MPF INJECTION SOLUTION	3	
ANESTÉSICOS LOCALES - AMIDAS			ANESTÉSICOS LOCALES Y SUSTANCIAS SIMPATICOMIMÉTICAS		
bupivacaine fisiopharma injection solution	3		ARTICAVENT DENTAL INJECTION SOLUTION CARTRIDGE 4 %- 1:100000	3	
bupivacaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*		bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution 0.25% - 1:200000, 0.5% -1:200000	1 or 1b*	
lidocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*		bupivacaine-epinephrine injection solution 0.25% - 1:200000, 0.5% -1:200000	1 or 1b*	
lidocaine hcl injection solution 0.5 %	1 or 1b*		lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5% - 1:200000	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION	3		lidocaine-epinephrine injection solution 0.5% - 1:200000, 2 %-1:100000	1 or 1b*	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION	3		MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.25% - 1:200000, 0.25-1:200000 %, 0.5% -1:200000	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT	3		MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION	3		ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE	3	
POLOCAINE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*		SENSORCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
POLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION	1 or 1b*		SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.25% -1:200000	1 or 1b*	
POSIMIR INJECTION SOLUTION	3				
ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml	1 or 1b*				
SENSORCAINE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*				
SENSORCAINE-MPF INJECTION SOLUTION	1 or 1b*				
XARACOLL IMPLANT IMPLANT	3				
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION	3				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.5% -1:200000, 0.75-1:200000 %	3	
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION	3	
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION	3	
ANTIARRÍTMICOS		
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-A		
disopyramide phosphate oral capsule	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR	2	
NORPACE ORAL CAPSULE	3	
procainamide hcl injection solution	1 or 1b*	
quinidine gluconate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
quinidine sulfate oral tablet	1 or 1a*	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-B		
lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml	1 or 1b*	
lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution	3	
lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%	1 or 1b*	
mexiletine hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE I-C		
flecainide acetate oral tablet	1 or 1b*	QL
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
propafenone hcl oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIARRÍTMICOS DE CLASE III		
amiodarone hcl intravenous solution	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dofetilide oral capsule	1 or 1b*	
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET	3	QL
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG	1 or 1b*	
PACERONE ORAL TABLET 200 MG	1 or 1b*	QL
ANTIARRÍTMICOS VARIOS		
adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml	1 or 1b*	
ANTICOAGULANTES		
AGENTES TIPO HEPARINA SINTÉTICOS		
ARIIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	QL
fondaparinux sodium subcutaneous solution	1 or 1b*	QL
ANTICOAGULANTES DERIVADOS DE LA CUMARINA		
JANTOVEN ORAL TABLET	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	
HEPARINA Y AGENTES TIPO HEPARINA		
BD HEPARIN POSIFLUSH INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%	1 or 1b*	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%	3	
heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution	1 or 1b*	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%	3	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%	1 or 1b*	
heparin sod (pork) lock flush intravenous solution 10 unit/ml, 100 unit/ml	1 or 1b*	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	1 or 1b*	
heparin sodium (porcine) injection solution prefilled syringe	3	
heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml	1 or 1b*	
heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/ml	3	
HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR		
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	1 or 1b*	QL
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML, 95000 UNIT/3.8ML	3	QL
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE LA TROMBINA - SELECTIVO DIRECTO Y REVERSIBLE		
argatroban in sodium chloride intravenous solution 50-0.9 mg/50ml-%	3	
argatroban intravenous solution 250 mg/2.5ml, 50 mg/50ml	3	
INHIBIDORES DE LA TROMBINA - TIPO HIRUDINA		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution	1 or 1b*	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
INHIBIDORES DIRECTOS DEL FACTOR XA		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	2	QL
ELIQUIS ORAL TABLET	2	QL
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	2	QL
XARELTO ORAL TABLET	2	QL
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	2	QL
ANTICONCEPTIVOS		
ANTICONCEPTIVOS BIFÁSICOSORALES		
AZURETTE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
desogestrel-ethynodiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	1 or 1b*	\$0
KARIVA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET	2	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PIMTREA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
SIMLIYA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
viorele oral tablet	1 or 1b*	\$0
VOLNEA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ANTICONCEPTIVOS CONTINUOS ORALES		
AMETHYST ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
DOLISHALE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg	1 or 1b*	\$0
ANTICONCEPTIVOS DE CICLO EXTENDIDO ORALES		
ASHLYNA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
CAMRESE LO ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
CAMRESE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
DAYSEE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ICLEVIA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
INTROVALE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
JAIMIESS ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
JOLESSA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
levonorgest-eth est & eth est oral tablet	1 or 1b*	\$0
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet	1 or 1b*	\$0
LOJAJIMESS ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
RIVELSA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
SETLAKIN ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
SIMPESSE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ANTICONCEPTIVOS DE COBRE - DIU		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA		
AFTERA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
AFTERPILL ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
CURAE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ECONTRA ONE-STEP ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ELLA ORAL TABLET	3	\$0
HER STYLE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
levonorgestrel oral tablet 1.5 mg	1 or 1b*	\$0
MY CHOICE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
MY WAY ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
NEW DAY ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
OPCICON ONE-STEP ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
OPTION 2 ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
REACT ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TAKE ACTION ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - DIU		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	4	LD; SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	3	LD; SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20 MCG/DAY	3	LD; SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE	3	LD; SP
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - IMPLANTES		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT	4	LD; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - INYECTABLES		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 150 MG/ML	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension	1 or 1b*	\$0
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe	1 or 1b*	\$0
ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA - ORALES		
CAMILA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
DEBLITANE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
EMZAHH ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ERRIN ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
HEATHER ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
INCASSIA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
JENCYCLA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
LYLEQ ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
LYZA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
NORA-BE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
norethindrone oral tablet	1 or 1b*	\$0
NORLYROC ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
OPILL ORAL TABLET	2	\$0
SHAROBEL ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
SLYND ORAL TABLET	3	
ANTICONCEPTIVOS TRIFÁSICOS ORALES		
alyacen 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ARANELLE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
ENPRESSE-28 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LEENA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LEVONEST ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg	1 or 1a*	\$0
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet	1 or 1b*	\$0
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1b*	\$0
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
PIRMELLA 7/7/7 ORAL TABLET	1 or 1a*	Generic; \$0
TILIA FE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-LINYAH ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-LO-MILI ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-MILI ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRIVORA (28) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VELIVET ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
COMBINACIONES DE ANTICONCEPTIVOS ORALES		
AFIRMELLE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
ALTAVERA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
alyacen 1/35 oral tablet	1 or 1a*	\$0
APRI ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AUBRA EQ ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AUROVELA 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AVIANE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
AYUNA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
BALZIVA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
BLISOVI FE 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
briellyn oral tablet	1 or 1a*	\$0
CHARLOTTE 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1a*	\$0
CHATEAL EQ ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
CRYSELLLE-28 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
CYRED EQ ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
DASETTA 1/35 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
DELYLA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
drospirene-eth estrad-levomefol oral tablet	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
drospirene-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*	\$0
ELINEST ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	1 or 1a*	\$0
ESTARYLLA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet	1 or 1a*	\$0
FALMINA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1a*	\$0
GEMMILY ORAL CAPSULE	1 or 1b*	\$0
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
HAILEY 24 FE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
HAILEY FE 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
HAILEY FE 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
ISIBLOOM ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
JASMIEL ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
JOYEUX ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
JULEBER ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
JUNEL 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
JUNEL FE 24 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1b*	\$0
KALLIGA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
KELNOR 1/35 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
KELNOR 1/50 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
KURVELO ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LARIN 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LARIN 24 FE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1b*	\$0
LESSINA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LORYNA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
LOW-OGESTREL ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
LO-ZUMANDIMINE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
LUTERA ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
marlissa oral tablet	1 or 1a*	\$0
MERZEE ORAL CAPSULE	1 or 1b*	\$0
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1a*	\$0
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
MILI ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
MONO-LINYAH ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
NIKKI ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
norethrin ace-eth estrad-fe oral capsule	1 or 1b*	\$0
norethrin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
norethrin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet	1 or 1a*	\$0
norethrin-eth estradiol-fe oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*	\$0
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
NYLIA 1/35 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
OCELLA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
PHILITH ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
PORTIA-28 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
RECLIPSEN ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
SPRINTEC 28 ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
SRONYX ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
SYEDA ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TARINA 24 FE ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET	1 or 1a*	\$0
TAYSOFY ORAL CAPSULE	1 or 1b*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SUBVENITE STARTER KIT-BLUE ORAL KIT	1 or 1b*	QL
SUBVENITE STARTER KIT-GREEN ORAL KIT	1 or 1b*	QL
SUBVENITE STARTER KIT-ORANGE ORAL KIT	1 or 1b*	QL
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral capsule sprinkle	1 or 1b*	QL
topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL
zonisamide oral capsule	1 or 1b*	QL
ZTALMY ORAL SUSPENSION	4	LD; QL
CARBAMATOS		
felbamate oral suspension	1 or 1b*	QL
felbamate oral tablet	1 or 1b*	QL
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	3	QL
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
XCOPRI ORAL TABLET	3	QL
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
HIDANTOÍNA		
CEREBYX INJECTION SOLUTION	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DILANTIN ORAL SUSPENSION	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION	3	
fosphenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE	1 or 1b*	
PHENYTOIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE	1 or 1b*	
phenytoin oral suspension 125 mg/5ml	1 or 1b*	
phenytoin oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin sodium extended oral capsule	1 or 1b*	
phenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
MODULADORES DEL ÁCIDO ?-AMINOBUTÍRICO (GABA)		
tiagabine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
vigabatrin oral packet	1 or 1b*	LD; QL; SP
vigabatrin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL; SP
VIGADRONE ORAL PACKET	1 or 1b*	LD; QL
VIGADRONE ORAL TABLET	1 or 1b*	LD; QL; SP
VIGPODER ORAL PACKET	1 or 1b*	LD; QL
SUCCINIMIDAS		
CELONTIN ORAL CAPSULE	3	QL
ethosuximide oral capsule	1 or 1b*	QL
ethosuximide oral solution	1 or 1b*	QL
methsuximide oral capsule	1 or 1b*	QL
ANTIDEPRESIVOS		
AGENTES TRICÍCLICOS		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1a*	DO
amitriptyline hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1a*	QL
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO	REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE	3	
clomipramine hcl oral capsule 25 mg	1 or 1b*	DO	ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NMDA		
clomipramine hcl oral capsule 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL	SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO	SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK	4	PA; LD; QL
desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL	ANTIDEPRESIVOS VARIOS		
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO	APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG	3	ST; DO
doxepin hcl oral capsule 100 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL	APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG	3	ST; QL
doxepin hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL	bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg	1 or 1b*	DO
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO	bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL
imipramine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL	bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	DO
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO	bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg	1 or 1b*	QL
imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL	bupropion hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL
NORPRAMIN ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	3	DO	bupropion hcl oral tablet 75 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO	WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG	3	ST; DO
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL	WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG	3	ST; QL
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL	CÍCLICOS MODIFICADOS		
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG	3	DO	nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	3	QL			
protriptyline hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL			
protriptyline hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO			
trimipramine maleate oral capsule	1 or 1b*	QL			
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR ALFA 2 (TETRACÍCLICOS)					
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*				
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*				
REMERON ORAL TABLET 15 MG, 30 MG	3				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	1 or 1a*	DO
trazodone hcl oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	2	DO
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG	2	QL
vilazodone hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	DO
vilazodone hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES DE LA MONOAMINO OXIDASA (IMAO)		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR	3	QL
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET	3	QL
NARDIL ORAL TABLET	3	QL
PARNATE ORAL TABLET	3	QL
phenelzine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
tranylcypromine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTACIÓN DE SEROTONINA (ISRS)		
citalopram hydrobromide oral solution	1 or 1b*	
citalopram hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral solution	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral tablet	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule delayed release	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral solution	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral tablet 60 mg	3	
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate oral tablet	1 or 1b*	
paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
paroxetine hcl oral suspension	1 or 1b*	
paroxetine hcl oral tablet	1 or 1b*	
PAXIL ORAL SUSPENSION	3	ST
sertraline hcl oral concentrate	1 or 1b*	
sertraline hcl oral tablet	1 or 1b*	
MODULADOR DEL RECEPTOR GABA - COMBINACIÓN DE SUPLEMENTOS NUTRICIONALES		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL
MODULADORES DE SEROTONINA		
vilazodone hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
SEROTONINA - INHIBIDORES DE RECAPTACIÓN DE NOREPINEFRINA (IRSN)		
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	1 or 1b*	QL
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg	1 or 1b*	QL
venlafaxine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ANTIDIABÉTICOS		
*ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES***		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)***		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	2	PA; QL
*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB***		
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
AGENTES MIMÉTICOS DE LA INCRETINA (AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1)		
liraglutide subcutaneous solution pen-injector	1 or 1b*	PA; QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	2	PA; QL
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	2	PA; QL
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL
RYBELSUS ORAL TABLET	2	PA; QL
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	2	PA; QL
ANÁLOGOS DE MEGLITINIDAS		
nateglinide oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
repaglinide oral tablet	1 or 1b*	QL
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA PROGESTERONA		
mifepristone oral tablet 300 mg	4	PA; LD; QL
ANTIDIABÉTICOS - ANÁLOGOS DE AMILINA		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
BIGUANIDAS		
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
metformin hcl oral solution	3	PA; QL
metformin hcl oral tablet 1000 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL
metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*	\$0; QL
RIOMET ORAL SOLUTION	3	PA; QL
COMBINACIONES DE INHIBIDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 Y BIGUANIDA		
alogliptin-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
JANUMET ORAL TABLET	2	ST; QL
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
COMBINACIONES DE INSULINA Y MIMÉTICOS DE LA INCRETINA		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-BIGUANIDA		
glipizide-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
glyburide-metformin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
COMBINACIONES DE SULFONILUREAS-TIAZOLIDINEDIONAS		
DUETACT ORAL TABLET	3	ST; QL
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
INHIBIDOR DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 - COMBINACIÓN DE BIGUANIDA		
SYNJARDY ORAL TABLET	2	ST; QL
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	2	ST; QL
INHIBIDOR DE DPP-4 - COMBINACIÓN DE TIAZOLIDINEDIONAS		
alogliptin-pioglitazone oral tablet 12.5-30 mg, 25-15 mg, 25-30 mg, 25-45 mg	1 or 1b*	ST; QL
INHIBIDOR DE SGLT2 - COMBINACIONES DE INHIBDORES DE DPP-4		
GLYXAMBI ORAL TABLET	2	ST; QL
INHIBDORES DE COTRANSPORTADOR DE SODIO-GLUCOSA TIPO 2 (SGLT2)		
FARXIGA ORAL TABLET	2	ST; QL
JARDIANCE ORAL TABLET	2	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA		
acarbose oral tablet	1 or 1b*	QL
miglitol oral tablet	1 or 1b*	QL
INHIBDORES DE LA DIPEPTIDIL PEPTIDASA-4 (DPP-4)		
alogliptin benzoate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
JANUVIA ORAL TABLET	2	ST; QL
INSULINA HUMANA		
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
HUMALOG INJECTION SOLUTION	2	QL
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	2	QL
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL	TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL	TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION	2	QL	TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL
HUMULIN R INJECTION SOLUTION	2	QL	TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	PA; QL	OTROS AGENTES PARA LA DIABETES		
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	PA; QL	BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER	3	QL
insulin lispro (1 unit dial) subcutaneous solution pen-injector	2	ST; QL	BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER	3	QL
insulin lispro injection solution	2	ST; QL	diazoxide oral suspension	1 or 1b*	
insulin lispro junior kwikpen subcutaneous solution pen-injector	2	ST; QL	glucagon emergency injection kit	1 or 1b*	QL
insulin lispro prot & lispro subcutaneous suspension pen-injector	2	QL	glucagon emergency injection solution reconstituted	3	QL
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	GVOKE HYPOOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION	2	QL	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
LYUMJEV INJECTION SOLUTION	2	QL	GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	QL
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL	GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	3	QL
			PROGLYCEM ORAL SUSPENSION	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL	naloxone hcl nasal liquid	1 or 1b*	QL
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL	naltrexone hcl oral tablet	1 or 1b*	
SULFONILUREAS			OPVEE NASAL SOLUTION	2	QL
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	ST; QL	REXTOVY NASAL LIQUID	2	QL
glipizide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1a*	ST; QL	VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	4	QL
glipizide oral tablet	1 or 1a*	ST; QL	ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	2	QL
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour	1 or 1a*	ST; QL	ANTÍDOTOS - AGENTES QUELANTES		
glyburide micronized oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	CHEMET ORAL CAPSULE	3	
glyburide oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	deferasirox granules oral packet	4	PA; LD; SP
TIAZOLIDINEDIONAS			deferasirox oral packet	4	PA; LD; SP
pioglitazone hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	deferasirox oral tablet soluble	4	PA; LD; SP
TIAZOLIDINEDIONAS- COMBINACIONES DE BIGUANIDA			deferiprone oral tablet	4	PA; LD
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL	FERRIPROX ORAL SOLUTION	4	PA; LD
ANTÍDOTOS			FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET	4	PA; LD
ANTAGONISTAS DE LAS BENZODIAZEPINAS			ANTÍDOTOS		
flumazenil intravenous solution	1 or 1b*		ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANTAGONISTAS OPIÁCEOS			acetylcysteine intravenous solution	1 or 1b*	
KLOXXADO NASAL LIQUID	2	QL	ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	3	
nalmefene hcl injection solution	3	QL	BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION	3	
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	1 or 1b*	QL	CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 GM	3	
naloxone hcl injection solution cartridge	1 or 1b*	QL	deferoxamine mesylate injection solution reconstituted	4	SP
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml	3	QL			
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	1 or 1b*	QL			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	4	SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
edetate calcium disodium injection solution	3	
fomepizole intravenous solution 1.5 gm/1.5ml	1 or 1b*	
methylene blue (antidote) intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue intravenous solution 50 mg/10ml	1 or 1b*	
methylene blue intravenous solution prefilled syringe	3	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE	3	
sodium nitrite intravenous solution	3	
sodium thiosulfate intravenous solution 250 mg/ml	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET	3	PA; LD; QL
COMBINACIONES DE ANTÍDOTOS		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT 300MG/10ML&12.5 GM/50ML	3	
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIEMÉTICOS		
*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC**		
*		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR 5-HT3		
ANZEMET ORAL TABLET 50 MG	3	QL
gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	1 or 1b*	
gransetron hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	1 or 1b*	
ondansetron hcl injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
ondansetron hcl oral solution	1 or 1b*	QL
ondansetron hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ondansetron oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/2ml	3	PA
palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml	1 or 1b*	PA
palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH	3	QL
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	
ANTIEMÉTICOS - AGENTE ANTICOLINÉRGICO		
ANTIVERT ORAL TABLET 50 MG	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE	3	
dimenhydrinate injection solution	3	
meclizine hcl oral tablet 25 mg	1 or 1a*	
meclizine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
scopolamine transdermal patch 72 hour	1 or 1b*		fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION	3		VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
trimethobenzamide hcl oral capsule	1 or 1b*		ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
ANTIEMÉTICOS VARIOS			AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO BETA 3		
dronabinol oral capsule	1 or 1b*	QL	GEMTESA ORAL TABLET	3	QL
MARINOL ORAL CAPSULE	3	QL	mirabegron er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
SYNDROS ORAL SOLUTION	3	QL	MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER	3	QL
COMBINACIONES DE ANTIEMÉTICOS			ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - AGONISTAS COLINÉRGICOS		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL	bethanechol chloride oral tablet	1 or 1b*	
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - ANTIMUSCARÍNICOS (ANTICOLINÉRGICOS)		
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL	darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
AKYNZEO ORAL CAPSULE	3	LD; QL	fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	3	PA; QL	oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL	oxybutynin chloride oral solution	1 or 1b*	QL
SUSTANCIA PARA ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR NK1			oxybutynin chloride oral tablet	1 or 1b*	QL
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION	3		solifenacina succinate oral tablet	1 or 1b*	QL
aprepitant oral	1 or 1b*	QL	tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
aprepitant oral capsule	1 or 1b*	QL	tolterodine tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION	3	PA; QL	trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL			
focinvez intravenous solution	3	PA; QL			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
trospium chloride oral tablet	1 or 1b*	QL
ANTIESPASMÓDICOS		
URINARIOS - RELAJANTES MUSCULARES DIRECTOS		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIHELMÍNTICOS		
ANTIHELMÍNTICOS		
albendazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
benznidazole oral tablet	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET		
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE		
ivermectin oral tablet	1 or 1b*	QL
praziquantel oral tablet	1 or 1b*	
STROMECTOL ORAL TABLET		
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS		
*ACL INHIB- INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB***		
NEXLIZET ORAL TABLET	3	PA; QL
*ANGIPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS***		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
*SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS***		
LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL
ANTIHIPERLIPIDÉMICOS VARIOS		
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
VASCEPA ORAL CAPSULE	1 or 1b*	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COMBINACIÓN DE INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA- INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL		
DERIVADOS DEL ÁCIDO FÍBRICO		
FENOGLIDE ORAL TABLET		
ezetimibe-simvastatin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
FIBRICOR ORAL TABLET		
fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg	1 or 1b*	QL
fenofibrate oral capsule	1 or 1b*	QL
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	3	ST; QL
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	1 or 1b*	QL
fenofibric acid oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL
fenofibric acid oral tablet	1 or 1b*	QL
LIPOFEN ORAL CAPSULE		
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL
LOPID ORAL TABLET		
TRICOR ORAL TABLET		
DERIVADOS DEL ÁCIDO NICOTÍNICO		
niacin (antihyperlipidemic) oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release	1 or 1b*	ST; QL
INHIBIDORES DE ABSORCIÓN INTESTINAL DE COLESTEROL		
ezetimibe oral tablet	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE ADENOSINA TRIFOSFATO-CITRATO LIASA (ACL)		
NEXLETOL ORAL TABLET	3	PA; QL
INHIBIDORES DE LA HMG COA REDUCTASA		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO; \$0
atorvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	DO
atorvastatin calcium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*	DO; \$0
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	DO; \$0
lovastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*	\$0; QL
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; \$0
pravastatin sodium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	\$0; QL
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; \$0
rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; \$0
simvastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*	\$0; QL
simvastatin oral tablet 80 mg	1 or 1b*	PA; QL
INHIBIDORES DE LA PROTEÍNA DE TRANSFERENCIA DE TRIGLICÉRIDOS MICROSOMALES		
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG	3	PA; LD; DO
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG	3	PA; LD; QL
INHIBIDORES DE PCSK9		
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
SECUESTRADORES DEL ÁCIDO BILIAR		
cholestyramine light oral packet	1 or 1b*	QL
cholestyramine light oral powder	1 or 1b*	QL
cholestyramine oral packet	1 or 1b*	QL
cholestyramine oral powder	1 or 1b*	QL
colesevelam hcl oral packet	3	QL
colesevelam hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
COLESTID ORAL GRANULES	3	QL
COLESTID ORAL TABLET	3	QL
colestipol hcl oral granules	1 or 1b*	QL
colestipol hcl oral packet	1 or 1b*	QL
colestipol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
PREVALITE ORAL PACKET	1 or 1b*	QL
PREVALITE ORAL POWDER	1 or 1b*	QL
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER	3	QL
QUESTRAN ORAL PACKET	3	QL
QUESTRAN ORAL POWDER	3	QL
ANTIHIPERTENSIVOS		
AGENTES PARA FEOCROMOCITOMAS		
DEMSER ORAL CAPSULE	3	PA; QL
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE	3	PA; QL
metyrosine oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
phenoxybenzamine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
phentolamine mesylate injection solution reconstituted	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg	1 or 1b*	QL
candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL
losartan potassium oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
losartan potassium oral tablet 25 mg	1 or 1b*	DO
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
telmisartan oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
valsartan oral solution	1 or 1b*	PA; QL
valsartan oral tablet 160 mg, 320 mg	1 or 1b*	QL
valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II- BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO- DIURÉTICOS TIAZÍDICOS		
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet	1 or 1b*	QL
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet	1 or 1b*	QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR SELECTIVO DE ALDOSTERONA (SARA)		
eplerenone oral tablet	1 or 1b*	
INSPRA ORAL TABLET	3	
ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN CENTRAL		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg	1 or 1a*	DO
clonidine hcl oral tablet 0.2 mg, 0.3 mg	1 or 1a*	QL
clonidine transdermal patch weekly	1 or 1b*	QL
guanfacine hcl oral tablet 1 mg	1 or 1b*	QL
guanfacine hcl oral tablet 2 mg	1 or 1b*	
methyldopa oral tablet 250 mg	1 or 1b*	DO
methyldopa oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL
ANTIADRENÉRGICOS - ACTUACIÓN PERIFÉRICA		
CARDURA ORAL TABLET	3	QL
doxazosin mesylate oral tablet	1 or 1b*	QL
prazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	
terazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
ANTIHIPERTENSIVOS VARIOS		
VECAMYL ORAL TABLET	3	
COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
amlodipine besylate- valsartan oral tablet	1 or 1b*	QL
amlodipine-olmesartan oral tablet	1 or 1b*	QL
telmisartan-amlodipine oral tablet	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COMBINACIÓN DE ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA ANGIOTENSINA II Y DIURÉTICOS TIPO TIAZIDA		
candesartan cilexetil-hctz oral tablet	1 or 1b*	QL
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
losartan potassium-hctz oral tablet	1 or 1b*	QL
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet	1 or 1b*	QL
telmisartan-hctz oral tablet	1 or 1b*	QL
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
COMBINACIONES DE BETABLOQUEADORES Y DIURÉTICOS		
atenolol-chlorthalidone oral tablet	1 or 1b*	QL
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
TENORETIC 100 ORAL TABLET	3	QL
TENORETIC 50 ORAL TABLET	3	QL
INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA (ECA) Y COMBINACIONES DE BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg	1 or 1b*	DO
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7.5 MG	3	DO
trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES DE LA ECA Y DIURÉTICO TIAZÍDICO/DIURÉTICO TIPO TIAZIDA		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG	3	DO
ACCURETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG	3	QL
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg	1 or 1b*	DO
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG, 20-12.5 MG, 20-25 MG	3	QL
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL
VASERETIC ORAL TABLET	3	QL
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG	3	DO

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG	3	QL
INHIBIDORES DE LA ECA		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
benazepril hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL
captopril oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL
captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
enalapril maleate oral solution	1 or 1b*	QL
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL
enalapril maleate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
enalaprilat intravenous solution	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION	3	QL
fosinopril sodium oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	QL
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
lisinopril oral tablet 20 mg, 30 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 20 MG, 40 MG	3	QL
moexipril hcl oral tablet 15 mg	1 or 1b*	QL
moexipril hcl oral tablet 7.5 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL
QBRELIS ORAL SOLUTION	3	QL
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
quinapril hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	QL
ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg	1 or 1b*	DO
ramipril oral capsule 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
trandolapril oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL
INHIBIDORES DIRECTOS DE LA RENINA		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	DO
aliskiren fumarate oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL
VASODILATADORES		
hydralazine hcl injection solution	1 or 1b*	
hydralazine hcl oral tablet	1 or 1b*	
minoxidil oral tablet	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.9 MG/100ML-%, 50-0.9 MG/100ML-%	3	
nitroprusside sodium intravenous solution	1 or 1b*	
nitroprusside sodium-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
sodium nitroprusside intravenous solution	1 or 1b*	
ANTIHISTAMÍNICOS		
ANTIHISTAMÍNICOS - ALQUILAMINAS		
eq allergy relief oral tablet 4 mg	1 or 1b*	
ANTIHISTAMÍNICOS - ETANOLAMINAS		
carbinoxamine maleate er oral suspension extended release	1 or 1b*	QL
carbinoxamine maleate oral solution	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST
clemastine fumarate oral syrup	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
clemastine fumarate oral tablet 2.68 mg	1 or 1b*	ST; QL
diphenhydramine hcl injection solution	1 or 1b*	
diphenhydramine hcl oral elixir	1 or 1a*	QL
ANTIHISTAMÍNICOS - FENOTIAZINA		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION	3	
promethazine hcl injection solution	1 or 1a*	
promethazine hcl oral solution	1 or 1a*	QL
promethazine hcl oral tablet	1 or 1a*	QL
promethazine hcl rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL
PROMETHEGAN RECTAL SUPPOSITORY	1 or 1b*	QL
ANTIHISTAMÍNICOS - NO SEDANTES		
cetirizine hcl oral solution	1 or 1b*	QL
CLARINEX ORAL TABLET	3	ST; QL
desloratadine oral tablet	1 or 1b*	QL
desloratadine oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
eq allergy relief childrens oral suspension	1 or 1b*	
levocetirizine dihydrochloride oral solution	1 or 1b*	QL
levocetirizine dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL
mm allergy relief 24 hour oral tablet	1 or 1b*	
QUZYTTR INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANTIHISTAMÍNICOS - PIPERIDINAS		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIMICÓTICOS		
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDS)***		
BREXAFEMME ORAL TABLET	3	PA; QL
*TETRAZOLES***		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	PA; QL
ANTIMICÓTICO - INHIBIDORES DE LA SÍNTESIS DEL GLUCANO (EQUINOCANDINAS)		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted	3	QL
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
micafungin sodium intravenous solution reconstituted	3	
micafungin sodium-nacl intravenous solution	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
amphotericin b intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANCOBON ORAL CAPSULE	3	PA
flucytosine oral capsule	1 or 1b*	PA
griseofulvin microsize oral suspension	1 or 1b*	
griseofulvin microsize oral tablet	1 or 1b*	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet	1 or 1b*	
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
IMIDAZOLES		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL
TRIAZOLES		
CRESEMBIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL
CRESEMBIA ORAL CAPSULE	3	PA; QL
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	3	QL
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	3	QL
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 100-0.9 mg/50ml-%	3	
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%	1 or 1b*	
fluconazole oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL
fluconazole oral tablet	1 or 1b*	QL
itraconazole oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
itraconazole oral solution	1 or 1b*	PA; QL
NOXAFIL ORAL PACKET	3	PA; QL
posaconazole intravenous solution	1 or 1b*	
posaconazole oral suspension	1 or 1b*	PA; QL
posaconazole oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL
SPORANOX ORAL CAPSULE	3	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SPORANOX ORAL SOLUTION	3	PA; QL
tolsura oral capsule	3	PA; QL
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; QL
VFEND ORAL TABLET 50 MG	3	PA; QL
voriconazole oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL
voriconazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
ANTINEOPLÁSICOS Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS		
*ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS***		
TRUQAP ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS***		
ALECENSA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
ALUNBRIG ORAL TABLET	2	PA; LD; QL
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; LD; QL
LORBRENA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
XALKORI ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	PA; LD; QL; SP
ZYKADIA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS***		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES***		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES***			*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4.5 MG	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***			*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD38 ANTIBODIES***		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES***			SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX***		
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES***		
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	YEROVY INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES***		
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***			DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***			*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS***		
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	3	LD; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; SP	ZYNZY INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES***		
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; LD; SP	IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; LD; SP	TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES***		
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	ST; SP	EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
TUKYSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	*ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX***		
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX***			TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS***		
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES***			BOSULIF ORAL CAPSULE	2	PA; QL; SP
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	BOSULIF ORAL TABLET	2	PA; QL; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	ICLUSIG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD	imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*	PA; QL; SP
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	SCEMBLIX ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	TASIGNA ORAL CAPSULE	2	PA; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS***			*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS***		
			BRUKINSA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
			CALQUENCE ORAL TABLET	2	PA; LD; QL
			IMBRUVICA ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL
			IMBRUVICA ORAL SUSPENSION	2	PA; LD; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	2	PA; LD; QL
JAYPIRCA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS***		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
erlotinib hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
gefitinib oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
GILOTrif ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
IRESSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
TAGRISSO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5ML, 400 MG/20ML	3	PA; LD; SP
VIZIMPRO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS***		
OGSIVEO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS***		
WELIREG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS***		
KRAZATI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
LUMAKRAS ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS***		
TABRECTA ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
TEPMETKO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
*ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS***		
TAZVERIK ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES***		
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS***		
AYVAKIT ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS***		
GAVRETO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
RETEVMO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
*ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS***		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	3	PA; LD; QL
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	3	PA; LD; QL
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	3	PA; LD; QL
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	3	PA; LD; QL
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	3	PA; LD; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL	busulfan intravenous solution	1 or 1b*	SP
*MYELOPROTECTIVE AGENTS***			BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	carboplatin intravenous solution	1 or 1b*	SP
*OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS***			cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	1 or 1b*	SP
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	cisplatin intravenous solution reconstituted	3	SP
*ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS***			MYLERAN ORAL TABLET	2	
IWLIFIN ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	oxaliplatin intravenous solution	1 or 1b*	SP
*OTOPROTECTIVE AGENTS***			oxaliplatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD	PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	1 or 1b*	SP
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS***			TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
ORSERDU ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	thiotepa injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX***			TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	vivimusta intravenous solution	3	PA; LD; SP
AGENTES ALQUILANTES			ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	AGENTES DE LA ENZIMA CARBOXIPEPTIDASA		
bendamustine hcl intravenous solution	3	PA; LD; SP	VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD
bendamustine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP	AGENTES DE RESCATE ANTAGONISTAS DEL ÁCIDO FÓLICO		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	KHAPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 175 MG	3	LD; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
leucovorin calcium injection solution	1 or 1b*		LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG	2	QL; SP
leucovorin calcium injection solution reconstituted	1 or 1b*		LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	4	PA; QL; SP
leucovorin calcium oral tablet	1 or 1b*		LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG	2	QL; SP
levoleucovorin calcium intravenous solution reconstituted 50 mg	1 or 1b*	PA	LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	2	QL; SP
levoleucovorin calcium pf intravenous solution	1 or 1b*	PA	LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT	2	QL; SP
AGENTES PROTECTORES CARDÍACOS			TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; QL; SP
dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT	3	PA; QL; SP
dexrazoxane intravenous solution reconstituted 250 mg	1 or 1b*	SP	ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO		
AGENTES PROTECTORES DEL TRACTO URINARIO			FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; SP
mesna intravenous solution	1 or 1b*	PA	fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; SP
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	ANTAGONISTAS DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROFINA (GNRH)		
MESNEX ORAL TABLET	2	PA	FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; QL; SP
AGONISTAS DEL RECEPTOR X RETINOIDE SELECTIVOS			FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	3	PA; QL; SP
bexarotene oral capsule	1 or 1b*	PA; QL; SP	ORGOVYX ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
ANÁLOGOS DE LHRH					
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL	ANTIANDRÓGENOS		
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT	3	PA; QL; SP	bicalutamide oral tablet	1 or 1b*	QL
leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable	3	PA; QL; SP			
leuprolide acetate injection kit	1 or 1b*	PA; SP			
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	4	PA; QL; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CASODEX ORAL TABLET	3	QL	valrubicin intravesical solution	1 or 1b*	LD; SP
ERLEADA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP	VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION	3	LD; SP
EULEXIN ORAL CAPSULE	3		ANTICUERPO ANTINEOPLÁSICO - COMPLEJOS DE FÁRMACOS		
nilutamide oral tablet	1 or 1b*	QL	ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
NUBEQA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP	ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
XTANDI ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP	KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
XTANDI ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP	ANTICUERPOS ANTIADRENAL		
ANTIBIÓTICOS ANTINEOPLÁSICOS			LYSODREN ORAL TABLET	2	LD; QL
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	1 or 1b*	SP	ANTIESTRÓGENOS		
bleomycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP	FARESTON ORAL TABLET	3	QL
dactinomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	SOLTAMOX ORAL SOLUTION	2	\$0
daunorubicin hcl intravenous solution	3	SP	tamoxifen citrate oral tablet	1 or 1b*	\$0
DOXIL INTRAVENOUS SUSPENSION	3	PA; SP	toremifene citrate oral tablet	1 or 1b*	QL
doxorubicin hcl intravenous solution	1 or 1b*	SP	ANTIMETABOLITOS		
doxorubicin hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension	1 or 1b*	PA; SP	ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP	azacitidine injection suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP	capecitabine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; SP
idarubicin hcl intravenous solution	1 or 1b*	SP	cladribine intravenous solution 10 mg/10ml	1 or 1b*	SP
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD	clofarabine intravenous solution	1 or 1b*	SP
mitomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	cytarabine (pf) injection solution	1 or 1b*	SP
mitoxantrone hcl intravenous concentrate	1 or 1b*	SP	cytarabine injection solution	1 or 1b*	SP
MUTAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1b*	SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
decitabine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	pemetrexed intravenous solution 500 mg/20ml	3	PA; LD
floxuridine injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP	PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
fludarabine phosphate intravenous solution 50 mg/2ml	1 or 1b*	SP	PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	PURIXAN ORAL SUSPENSION	3	PA; LD
fluorouracil intravenous solution	1 or 1b*	SP	TABLOID ORAL TABLET	2	
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP	TREXALL ORAL TABLET	2	ST
gemcitabine hcl intravenous solution	3	SP	VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	XATMEP ORAL SOLUTION	3	PA
JYLAMVO ORAL SOLUTION	3	PA	ANTINEOPLÁSICOS - AGENTES FOTOACTIVADOS		
mercaptopurine oral tablet	1 or 1b*		PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	1 or 1b*		UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
methotrexate sodium injection solution 1000 mg/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	1 or 1b*		ANTINEOPLÁSICOS - ANTICUERPO PARA TERAPIA CON RADIOFÁRMACOS		
methotrexate sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*		ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT	3	PA; LD
methotrexate sodium oral tablet	1 or 1b*		ANTINEOPLÁSICOS - COMBINACIONES DE AGENTES HORMONALES Y OTROS RELACIONADOS		
nelarabine intravenous solution	1 or 1b*	SP	AKEEGA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
ONUREG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	ANTINEOPLÁSICOS - ENGRAPADORES DE CÉLULAS T BIESPECÍFICOS		
pemetrexed disodium intravenous solution	3	PA; SP	BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; SP			
pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted	3	PA; SP			
pemetrexed intravenous solution 1 gm/40ml, 100 mg/4ml	3	PA; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE BCL-2		
VENCLEXTA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE CINASA DEL RECEPTOR DE LA TROPOMIOSINA		
AUGTYRO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
ROZLYTREK ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
ROZLYTREK ORAL PACKET	2	PA; LD; QL; SP
VITRAKVI ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
VITRAKVI ORAL SOLUTION	2	PA; LD; QL; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE CINASA MTOR		
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; SP
everolimus oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; SP
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD
temsirolimus intravenous solution	1 or 1b*	PA; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
TORPENZ ORAL TABLET	1 or 1b*	PA; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA BRAF		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	3	PA; LD; QL; SP
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG	3	PA; LD; QL
TAFINLAR ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE	3	PA; LD; QL; SP
ZELBORAFA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA CINASA DEL FACTOR DE CRECIMIENTO DE FIBROBLASTOS (FCF)		
BALVERSA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PEMAZYRE ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA HISTONA DESACETILASA			NINLARO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP	ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES MULTICINASAS		
romidepsin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP	CABOMETYX ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE	2	PA; QL; SP	CAPRELSA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE LA VÍA DE SEÑALIZACIÓN DE HEDGEHOG			COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	3	PA; LD; QL; SP
DAURISMO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	3	PA; LD; QL; SP
ERIVEDGE ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT	3	PA; LD; QL; SP
ODOMZO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP	FOTIVDA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DE MEK			lapatinib ditosylate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
COTELLIC ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	NERLYNX ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
KOSELUGO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	NEXAVAR ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; QL; SP	pazopanib hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
MEKINIST ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	QINLOCK ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
MEKTOVI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	RYDAPT ORAL CAPSULE	3	PA; QL; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INHIBIDORES DEL PROTEASOMA			sorafenib tosylate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg	3	PA; SP	STIVARGA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg	1 or 1b*	PA; SP	sunitinib malate oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
			SUTENT ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
			TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	3	PA; LD; QL
			VANFLYTA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL
			XOSPATA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTINEOPLÁSICOS - INMUNOMODULADORES			HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	LD; SP
POMALYST ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP	INQOVI ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
ANTINEOPLÁSICOS - INTERLEUCINAS			LONSURF ORAL TABLET	3	PA; LD; SP
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION	3	PA; LD; SP	PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD	RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	LD; SP
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP	VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 44-100 MG	3	LD; SP
ANTINEOPLÁSICOS VARIOS			COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - AGENTES DE HIPERURICEMIA		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; SP	ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
arsenic trioxide intravenous solution	1 or 1b*	SP	COMPLEMENTOS DE LA QUIMIOTERAPIA - FACTORES DE CRECIMIENTO DE LOS QUERATINOCITOS		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; QL	KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5.16 MG	3	SP
dacarbazine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	ENZIMAS ANTINEOPLÁSICAS		
HYDREA ORAL CAPSULE	3		ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
hydroxyurea oral capsule	1 or 1b*		ONCASPAR INJECTION SOLUTION	3	PA; LD
MATULANE ORAL CAPSULE	2	LD	RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	PA; LD; SP
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP	IMIDAZOTETRAZINA		
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED	4	SP	TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	2	PA; SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/6ML	3	SP	temozolomide oral capsule	1 or 1b*	PA; QL; SP
COMBINACIONES DE ANTINEOPLÁSICOS					
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE BIOSÍNTESIS DE ANDRÓGENOS			PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP
abiraterone acetate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP
YONSA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP	ZYDELIG ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 1 (IDH1)			INHIBIDORES DE LA POLI (ADP-RIBOSA) POLIMERASA (PARP)		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	LYNPARZA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
TIBSOVO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	RUBRACA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE ISOCITRATO-DESHIDROGENASA 2 (IDH2)			TALZENNA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP
IDHFIA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP	ZEJULA ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
INHIBIDORES DE LA AROMATASA			INHIBIDORES DE LA QUINASA DEPENDIENTE DE CICLINA (CDK)		
anastrozole oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL	IBRANCE ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP
AROMASIN ORAL TABLET	3	QL	IBRANCE ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
exemestane oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL	KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP
FEMARA ORAL TABLET	3	QL	KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP
letrozole oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL	KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	2	PA; QL; SP
INHIBIDORES DE LA CINASA JANUS (JAK) ASOCIADOS			VERZENIO ORAL TABLET	3	PA; LD; QL; SP
INREBIC ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP	INHIBIDORES DE LA TOPOISOMERASA I		
JAKAFI ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP	CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
OJJAARA ORAL TABLET	3	LD; QL	HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
VONJO ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL	HYCAMTIN ORAL CAPSULE	2	PA; SP
INHIBIDORES DE LA FOSFOINOSITIDA-3-QUINASAS (PI3K)			irinotecan hcl intravenous solution	1 or 1b*	SP
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD			
COPIKTRA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL; SP			
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; QL; SP			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE	3	LD; SP
topotecan hcl intravenous solution	3	SP
topotecan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
INHIBIDORES DEL VEGF		
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
FRUZAQLA ORAL CAPSULE	3	PA; LD; QL
INLYTA ORAL TABLET	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK	2	PA; LD; QL; SP
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES MIÓTICOS		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 20 mg/ml, 80 mg/4ml	3	PA; SP
docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml	3	PA; LD; SP
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
eribulin mesylate intravenous solution	1 or 1b*	PA; SP
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml	1 or 1b*	SP
etoposide oral capsule	1 or 1b*	SP
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
IXEM普RA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; SP
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP
paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml	1 or 1b*	SP
paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted	3	PA; LD; SP
vinblastine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	SP
vincristine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	SP
vinorelbine tartrate intravenous solution	1 or 1b*	SP

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MOSTAZAS DE NITRÓGENO					
cyclophosphamide injection solution reconstituted	1 or 1b*	SP	ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 2 gm/10ml, 2 gm/4ml, 500 mg/ml	3		PROGESTINAS - ANTINEOPLÁSICOS		
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 1000 mg/10ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/5ml	3	SP	megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*	
cyclophosphamide oral capsule	1 or 1b*	SP	megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*	
cyclophosphamide oral tablet	3		RADIOFÁRMACOS ANTINEOPLÁSICOS		
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP	LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
HEPZATO W/50MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD	PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD	strontium chloride sr-89 intravenous solution	3	
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP	XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION 30 MCCI/ML	3	PA; LD
ifosfamide intravenous solution	1 or 1b*	SP	RETINIODES		
ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	SP	tretinoin oral capsule	1 or 1b*	
ifosfamide intravenous solution reconstituted 3 gm	3	SP	TETRAHIDROISOQUINOLINAS		
LEUKERAN ORAL TABLET	2		YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP
melphalan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP	ANTIPALÚDICOS		
NITROSOUREA			ANTIPALÚDICOS		
carmustine intravenous solution reconstituted 100 mg	1 or 1b*	SP	ARAKODA ORAL TABLET	3	QL
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG	3	PA; SP	artesunate intravenous solution reconstituted	3	
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER	3		chloroquine phosphate oral tablet	1 or 1a*	
			DARAPRIM ORAL TABLET	3	PA; QL
			hydroxychloroquine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
			KRINTAFEL ORAL TABLET	3	QL
			mefloquine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
			primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg	3	
			pyrimethamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
QUALAQUIN ORAL CAPSULE	3	PA; QL
quinine sulfate oral capsule	1 or 1b*	PA; QL
COMBINACIONES DE ANTIPALÚDICOS		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET	3	
MALARONE ORAL TABLET	3	
ANTIPARKINSONIANOS Y AGENTES TERAPÉUTICOS RELACIONADOS		
COMBINACIONES DE LEVODOPA		
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 48.75-195 MG	3	QL
ANTIPARKINSONIANOS		
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE ADENOSINA		
NOURIANZ ORAL TABLET	4	PA; LD; QL; SP
ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE LA DOPAMINA NO ERGOLÍNICOS		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	4	PA; LD; QL; SP
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	4	PA; LD; QL; SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 MG, 0.75 MG, 2.25 MG, 3 MG, 3.75 MG	3	QL
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	3	QL
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTICOLINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
benztropine mesylate injection solution	1 or 1a*	
benztropine mesylate oral tablet	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral solution	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral tablet	1 or 1a*	
COMBINACIONES DE LEVODOPA		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	1 or 1b*	
DHIVY ORAL TABLET 25-100 MG	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 61.25-245 MG	3	QL
SINEMET ORAL TABLET 10-100 MG, 25-100 MG	3	
DOPAMINÉRGICOS ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
amantadine hcl oral solution	1 or 1b*	QL
amantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
bromocriptine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
bromocriptine mesylate oral tablet	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG	3	PA; QL
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE	4	PA; LD; QL
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129 MG	3	PA; DO
PARLODEL ORAL CAPSULE	3	
PARLODEL ORAL TABLET	3	
INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA CATECOL-O-METILTRANSFERASA (COMT) CENTRALES/PERIFÉRICOS		
TASMAR ORAL TABLET 100 MG	3	PA; QL
tolcapone oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
INHIBIDORES ANTIPARKINSONIANOS DE LA MONOAMINO OXIDASA		
AZILECT ORAL TABLET	3	QL
rasagiline mesylate oral tablet	1 or 1b*	QL
selegiline hcl oral capsule	1 or 1b*	
selegiline hcl oral tablet	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET	3	PA; QL
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE	3	PA; QL
INHIBIDORES COMT PERIFÉRICOS		
entacapone oral tablet	1 or 1b*	QL
ONGENTYS ORAL CAPSULE	3	PA; QL
INHIBIDORES DE LA DESCARBOXILASA		
carbidopa oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LODOSYN ORAL TABLET	3	
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
ANTISÉPTICOS DE CLORO		
benzalkonium chloride external solution	3	
ANTISÉPTICOS DE YODO		
lugols strong iodine external solution	3	
ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES		
formaldehyde external solution 10 %	1 or 1b*	
ANTIVIRALES		
*ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS***		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK	3	PA; LD; QL
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
*ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR***		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	PA; QL
*ANTIVIRAL COMBINATIONS***		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK	3	QL
*MISC. ANTIVIRALS***		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE	3	QL
TEMBEXA ORAL SUSPENSION	3	
TEMBEXA ORAL TABLET	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TPOXX ORAL CAPSULE	3	
AGENTES DEL CITOMEGALOVIRUS (CMV)		
cidofovir intravenous solution	1 or 1b*	
foscarnet sodium intravenous solution 6000 mg/250ml	1 or 1b*	
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION 6000 MG/250ML	3	
ganciclovir intravenous solution	4	SP
ganciclovir sodium intravenous solution	4	SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	4	SP
LIVTENCITY ORAL TABLET	4	PA; LD; QL
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; QL; SP
PREVYMIS ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	3	
VALCYTE ORAL TABLET	3	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	
AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA PURINA		
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*	QL
AGENTES PARA EL HERPES - ANÁLOGOS DE LA TIMIDINA		
famciclovir oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AGENTES PARA EL RSV - ANÁLOGOS DE LOS NUCLEÓSIDOS		
ribavirin inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
AGENTES PARA LA HEPATITIS B		
adefovir dipivoxil oral tablet	4	PA; QL; SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION	4	PA; QL
entecavir oral tablet	4	PA; QL
lamivudine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; QL
VEMLIDY ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
AGENTES PARA LA HEPATITIS C - COMBINACIONES		
EPCLUSA ORAL PACKET	4	PA; QL; SP
EPCLUSA ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
HARVONI ORAL PACKET	4	PA; QL; SP
HARVONI ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
VOSEVI ORAL TABLET	4	PA; QL; SP
AGENTES PARA LA HEPATITIS C		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	4	LD; QL; SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	LD; QL; SP
ribavirin oral capsule	4	QL; SP
ribavirin oral tablet 200 mg	4	QL; SP
AGENTES PARA LA INFLUENZA		
rimantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIRRETROVIRALES - ANTAGONISTA DE CCR5 (INHIBIDOR DE ENTRADA)		
maraviroc oral tablet	1 or 1b*	QL
SELZENTRY ORAL SOLUTION	3	QL
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDOR POSUNIÓN DIRIGIDO A CD4		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE FUSIÓN		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	2	PA; LD; QL
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA INTEGRASA		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE	3	LD; QL
ISENTRESS HD ORAL TABLET	3	QL
ISENTRESS ORAL PACKET	3	QL
ISENTRESS ORAL TABLET	3	QL
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE	3	QL
TIVICAY ORAL TABLET 50 MG	3	QL
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE	3	QL
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA PROTEASA		
APTIVUS ORAL CAPSULE	2	PA; QL
atazanavir sulfate oral capsule	1 or 1b*	QL
darunavir oral tablet	1 or 1b*	QL
fosamprenavir calcium oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NORVIR ORAL PACKET	3	QL
PREZISTA ORAL SUSPENSION	2	QL
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 75 MG	2	QL
REYATAZ ORAL PACKET	2	QL
ritonavir oral tablet	1 or 1b*	QL
VIRACEPT ORAL TABLET	2	QL
ANTIRRETROVIRALES - INHIBIDORES DE LA TRANSCRIPTASA INVERSA (RTI) NO ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS		
EDURANT ORAL TABLET	2	PA; QL
efavirenz oral capsule	1 or 1b*	QL
efavirenz oral tablet	1 or 1b*	QL
etravirine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	2	PA; QL
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg	1 or 1b*	QL
nevirapine oral suspension	1 or 1b*	QL
nevirapine oral tablet	1 or 1b*	QL
PIFELTRO ORAL TABLET	3	QL
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet	1 or 1b*	\$0; QL
VIREAD ORAL POWDER	2	QL
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	2	QL
ANTIRRETROVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS- PIRIMIDINAS		
emtricitabine oral capsule	1 or 1b*	\$0; QL
EMTRIVA ORAL SOLUTION	2	QL
lamivudine oral solution	1 or 1b*	QL
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	PA; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTIRRETRÓVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-PURINAS		
abacavir sulfate oral solution	1 or 1b*	QL
abacavir sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL
ANTIRRETRÓVIRALES - RTI-ANÁLOGOS DE NUCLEÓSIDOS-TIMIDINAS		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION	2	
zidovudine oral capsule	1 or 1b*	QL
zidovudine oral syrup	1 or 1b*	QL
zidovudine oral tablet	1 or 1b*	QL
ANTIRRETRÓVIRALES COMPLEMENTARIOS		
TYBOST ORAL TABLET	3	QL
COMBINACIONES DE ANTIRRETRÓVIRALES		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet	1 or 1b*	QL
BIKTARVY ORAL TABLET	2	QL
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE	3	PA; LD; QL
CIMDUO ORAL TABLET	3	QL
DELSTRIGO ORAL TABLET	3	QL
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG	2	QL
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	2	\$0; QL
DOVATO ORAL TABLET	2	QL
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet	1 or 1b*	QL
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet	1 or 1b*	QL
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	1 or 1b*	QL
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	1 or 1b*	\$0; QL
EVOTAZ ORAL TABLET	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
GENVOYA ORAL TABLET	2	QL
JULUCA ORAL TABLET	3	PA; QL
lamivudine-zidovudine oral tablet	1 or 1b*	QL
lopinavir-ritonavir oral solution	1 or 1b*	QL
lopinavir-ritonavir oral tablet	1 or 1b*	QL
ODEFSEY ORAL TABLET	2	QL
STRIBILD ORAL TABLET	2	QL
SYMTUZA ORAL TABLET	2	QL
TRIUMEQ ORAL TABLET	2	QL
trumeq pd oral tablet soluble	2	QL
INHIBIDORES DE ENDONUCLEASAS PA		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	3	QL
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	3	QL
INHIBIDORES DE LA NEURAMINIDASA		
oseltamivir phosphate oral capsule	1 or 1b*	QL
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	2	QL
TAMIFLU ORAL CAPSULE	3	QL
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BETABLOQUEADORES		
BETABLOQUEADORES CARDIOSELECTIVOS		
acebutolol hcl oral capsule	1 or 1b*	
atenolol oral tablet	1 or 1a*	
betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION	3	
esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml	1 or 1b*	
esmolol hcl intravenous solution 2000 mg/100ml, 2500 mg/250ml	3	
esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution	1 or 1b*	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE	3	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	1 or 1a*	
metoprolol tartrate oral tablet	1 or 1a*	
nebivolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
BETABLOQUEADORES NO SELECTIVOS		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION	3	
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
nadolol oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
pindolol oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
pindolol oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg	1 or 1b*	QL
propranolol hcl intravenous solution	1 or 1b*	
propranolol hcl oral solution	1 or 1b*	QL
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL
sotalol hcl (af) oral tablet	1 or 1b*	
sotalol hcl intravenous solution	3	
sotalol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
SOTYLIZE ORAL SOLUTION	3	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL
timolol maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
BLOQUEADORES DE RECEPTORES DUALES ALFA Y BETA		
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	QL
labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml	3	
labetalol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	DO
labetalol hcl oral tablet 200 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
BLOQUEADORES DE CANALES DE CALCIO		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.86 MG/200ML-%, 40-0.83 MG/200ML-%	3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG	3	QL
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	3	DO
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	1 or 1b*	DO
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION 25 MG/50ML, 50 MG/100ML	3	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG	3	ST; DO
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG	3	ST; QL
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg	1 or 1b*	QL
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL
diltiazem hcl intravenous solution	1 or 1b*	
diltiazem hcl intravenous solution reconstituted	3	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL
diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg, 240 mg	1 or 1b*	QL
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	QL
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 2.5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL
KATERZIA ORAL SUSPENSION	3	PA; QL
levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
levamlodipine maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
nicardipine hcl in nacl intravenous solution 20-0.9 mg/200ml-%, 40-0.9 mg/200ml-%	3		TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	1 or 1b*	QL
nicardipine hcl intravenous solution	1 or 1b*		TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	3	DO
nicardipine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL	TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	3	QL
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL	verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	3	DO
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg	1 or 1b*	DO	verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL	verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL
nifedipine oral capsule 10 mg	1 or 1b*	DO	verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL	verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg	1 or 1b*	QL
nimodipine oral capsule	1 or 1b*	QL	verapamil hcl intravenous solution	1 or 1b*	
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg	1 or 1b*	DO	verapamil hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg	1 or 1b*	QL	verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
NORLIQVA ORAL SOLUTION	3	PA; QL	VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG	3	DO
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	3	QL	VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG, 360 MG	3	QL
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG	3	DO	VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	DO
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG, 90 MG	3	QL	VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG	3	QL
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG	3	DO			
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG	3	QL			
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG	1 or 1b*	DO			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CARDIOTÓNICOS		
*INOTROPES***		
dobutamine hcl intravenous solution 12.5 mg/ml, 250 mg/20ml	1 or 1b*	
dobutamine-dextrose intravenous solution	3	
dopamine hcl intravenous solution 40 mg/ml	3	
dopamine-dextrose intravenous solution	3	
milrinone lactate in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	
milrinone lactate intravenous solution 10 mg/10ml, 20 mg/20ml, 50 mg/50ml	1 or 1b*	
GLUCÓSIDOS CARDÍACOS		
digoxin injection solution	1 or 1b*	
digoxin oral solution	1 or 1b*	QL
digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg	1 or 1b*	DO
digoxin oral tablet 250 mcg	1 or 1b*	QL
LANOXIN INJECTION SOLUTION 0.25 MG/ML	3	
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION	2	
CEFALOSPORINAS		
*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES***		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CEFALOSPORINAS - 1.^a GENERACIÓN		
cefadroxil oral capsule	1 or 1b*	
cefadroxil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefadroxil oral tablet	1 or 1b*	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg	1 or 1b*	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 100 gm, 300 gm	3	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	3	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%	3	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml)	3	
cephalexin oral capsule	1 or 1a*	
cephalexin oral suspension reconstituted	1 or 1a*	
cephalexin oral tablet	1 or 1a*	
CEFALOSPORINAS - 2.^a GENERACIÓN		
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour	3	
cefaclor oral capsule	1 or 1b*	
cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
cefoxitin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-2.2 gm-%(50ml)	3	
cefprozil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefprozil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime axetil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	1 or 1b*	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	1 or 1b*	
CEFALOSPORINAS - 3.^a GENERACIÓN		
cefdinir oral capsule	1 or 1b*	
cefdinir oral suspension reconstituted	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cefixime oral capsule	1 or 1b*		cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	1 or 1b*	
cefixime oral suspension reconstituted	1 or 1b*		cefepime-dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)	3	
cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	3		CEFALOSPORINAS - 5.^a GENERACIÓN		
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*		TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
cefpodoxime proxetil oral tablet	1 or 1b*		COMBINACIONES DE CEFALOSPORINAS		
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	1 or 1b*		AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ceftazidime intravenous solution reconstituted	1 or 1b*		ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	QL	CLASES TERAPÉUTICAS VARIAS		
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL	*ALLOGENEIC THYMUS TISSUE***		
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 100 gm	3	QL	RETHYMIC INTRAMUSCULAR IMPLANT	3	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL	*FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS***		
ceftriaxone sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-3.74 gm-%(50ml), 2-2.22 gm-%(50ml)	3	QL	ZOKINVY ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL; SP
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	1 or 1b*		*IMMUNOMODULATOR S - COMBINATIONS***		
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION	3		VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1b*		*NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS***		
CEFALOSPORINAS - 4.^a GENERACIÓN			RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML	4	PA; LD; QL; SP
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*		RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML	4	PA; QL; SP
cefepime hcl intravenous solution	3				
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 100 gm	3				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP	VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	3	QL
*PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB***			AGENTES PARA LA ESCLEROSIS		
VIJOICE ORAL PACKET	4	PA; LD; QL	ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION	3	
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK	4	PA; LD; QL; SP	ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*ROCK INHIBITORS***			sodium tetradeeyl sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
REZUROCK ORAL TABLET	3	PA; LD; QL	SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS***			VARITHENA INTRAVENOUS FOAM	3	
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL; SP	AGENTES QUELANTES		
*UREMIC PRURITUS AGENTS***			DEPEN TITRATABS ORAL TABLET	3	PA; QL; SP
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA	penicillamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL; SP
AGENTE DEL SÍNDROME DELTA DE LA FOSFOINOSITIDA 3 QUINASA ACTIVADA			trientine hcl oral capsule 250 mg	1 or 1b*	PA; QL; SP
JOENJA ORAL TABLET	4	PA; LD; QL	ANÁLOGOS DE LA CICLOSPORINA		
AGENTE VOLUMÉTRICO DE INCONTINENCIA FECAL - COMBINACIONES			cyclosporine modified oral capsule	1 or 1b*	
SOLESTA INJECTION GEL	4	LD; SP	cyclosporine modified oral solution	1 or 1b*	
AGENTES LIBERADORES DE POTASIO			cyclosporine oral capsule 100 mg	1 or 1b*	
KIONEX COMBINATION SUSPENSION	1 or 1b*		GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	1 or 1b*	
LOKELMA ORAL PACKET	3	QL	GENGRAF ORAL SOLUTION	1 or 1b*	
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1 or 1b*		LUPKYNIS ORAL CAPSULE	4	PA; LD; QL
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINACION SUSPENSION	1 or 1b*		ANÁLOGOS DE LA PURINA		
			AZASAN ORAL TABLET	1 or 1b*	
			azathioprine oral tablet	1 or 1b*	
			azathioprine sodium injection solution reconstituted	3	
			IMURAN ORAL TABLET	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANTAGONISTAS DE LA INTERLEUCINA-6 (IL-6)			CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	ST
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	CELLCEPT ORAL TABLET	3	ST
ANTICUERPOS MONOCLONALES			mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP	mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP	mycophenolate mofetil oral capsule	1 or 1b*	
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL	mycophenolate mofetil oral tablet	1 or 1b*	
ANTILEPROSOS			mycophenolate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	2	PA; LD; QL; SP	mycophenolic acid oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	1 or 1b*	
BLOQUEADORES SELECTIVOS DE COESTIMULACIÓN DE CÉLULAS T			MYHIBBIN ORAL SUSPENSION	3	ST
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA	INHIBidores ESPECÍFICOS DEL ESTIMULADOR DE LINFOCITOS B (BLYS)		
ENZIMAS			BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
HYLENEX INJECTION SOLUTION	3		BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	4	PA; LD; QL; SP
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP	BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	PA; LD; QL; SP
INHIBidores DE LA INOSIN MONOFOSFATO DESHIDROGENASA			INMUNODEPRESORES DE LA INMUNOGLOBULINA		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP	THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE	3	ST			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INMUNODEPRESORES MACRÓLIDOS					
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3		lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*	
ENVARCUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3		PHYSIOLYTE IRRIGATION SOLUTION	1 or 1b*	
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1 or 1b*		PHYSIOSOL IRRIGATION IRRIGATION SOLUTION	1 or 1b*	
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION	2	SP	ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
PROGRAF ORAL PACKET	3		sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
RAPAMUNE ORAL SOLUTION	3		TIS-U-SOL IRRIGATION SOLUTION	1 or 1b*	
RAPAMUNE ORAL TABLET	3		water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
sirolimus oral solution	1 or 1b*		SOLUCIONES DE TRATAMIENTO DE REEMPLAZO RENAL CONTINUO (CRRT)		
sirolimus oral tablet	1 or 1b*		phoxillum b22k4/0 extracorporeal solution	3	
tacrolimus oral capsule	1 or 1b*		phoxillum bk4/2.5 extracorporeal solution	3	
ZORTRESS ORAL TABLET	3		PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
INMUNOMODULADORES PARA LOS SÍNDROMES MIELODISPLÁSICOS					
lenalidomide oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP	PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
REVLIMID ORAL CAPSULE	2	PA; LD; QL; SP	PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS					
LICEFREEE EXTERNAL KIT	2		PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRODUCTOS NATURALES VARIOS					
DIM-PLUS ORAL CAPSULE	2		PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PROSTAGLANDINAS					
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION	3		PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
SOLUCIONES DE IRRIGACIÓN					
ARGYLE STERILE WATER IRRIGATION SOLUTION	1 or 1b*		PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
CLASES VARIADAS					
ANÁLOGOS DE LA CICLOSPORINA					
cyclosporine oral capsule 25 mg	1 or 1b*				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ENZIMAS			dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
AMPHADASE INJECTION SOLUTION	3		HEMADY ORAL TABLET	3	PA; QL
INMUNODEPRESORES DE LA INMUNOGLOBULINA			HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION	3	
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP	HIDEX 6-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK	1 or 1b*	
CORTICOESTEROIDES			hydrocortisone oral tablet	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE ESTEROIDES			KENALOG-10 INJECTION SUSPENSION	3	
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION	3		KENALOG-40 INJECTION SUSPENSION	3	
GLUCOCORTICOIDES			KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION	3	
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	PA	MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG	3	
budesonide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL	MEDROL ORAL TABLET 2 MG	2	
budesonide oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL	MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK	3	
CORTEF ORAL TABLET	3		methylprednisolone oral tablet	1 or 1a*	
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION	3		methylprednisolone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
dexabliss oral tablet therapy pack	3		methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg, 500 mg	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE	2		ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG	3	QL
dexamethasone oral elixir	1 or 1a*		ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG	3	DO
dexamethasone oral solution	1 or 1a*		PEDIAPRED ORAL SOLUTION	3	
dexamethasone oral tablet	1 or 1a*		prednisolone oral solution	1 or 1a*	
dexamethasone oral tablet therapy pack	1 or 1b*		prednisolone oral tablet	1 or 1b*	
dexamethasone sod phos +rfid injection solution prefilled syringe	1 or 1b*				
dexamethasone sod phosphate pf injection solution	1 or 1b*				
dexamethasone sod phosphate pf injection solution prefilled syringe	1 or 1b*				
dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	1 or 1b*				

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 15 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	1 or 1a*	
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg	1 or 1a*	QL
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	DO
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE	3	
prednisone oral solution	1 or 1a*	
prednisone oral tablet	1 or 1a*	
prednisone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 2 GM, 500 MG	3	
TAPERDEX 12-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK	1 or 1b*	
TAPERDEX 6-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK	1 or 1b*	
TAPERDEX 7-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK 1.5 MG (27)	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	4	PA; LD; QL
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	QL
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	4	PA; LD; QL
MINERALCORTICOIDES		
fludrocortisone acetate oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DISPOSITIVOS MÉDICOS		
AGUJAS Y JERINGAS		
1st tier unifine pentips	3	ST; QL
1st tier unifine pentips plus 29g x 12mm , 31g x 5 mm , 31g x 8 mm , 32g x 4 mm , 33g x 4 mm	3	ST; QL
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	3	QL
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	3	ST; QL
ADVOCATE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
aq insulin syringe	3	ST; QL
aqinject pen needle	3	ST; QL
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES	3	QL
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES	3	QL
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 30G X 8 MM	3	ST; QL
aum insulin safety pen needle	3	ST; QL
aum mini insulin pen needle 32g x 4 mm , 32g x 5 mm , 32g x 8 mm , 33g x 4 mm , 33g x 5 mm , 33g x 6 mm	3	ST; QL
aum pen needle	3	ST; QL
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE	3	ST; QL
AUM SAFETY PEN NEEDLE	3	ST; QL
aurora pen needles	3	ST; QL
BD AUTOSHIELD DUO	2	QL
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 31G X 5/16" 0.3 ML	2	QL
BD INSULIN SYRINGE 27.5G X 5/8" 2 ML, 27G X 1 1/2" 1 ML, 29G X 1 1/2" 0.3 ML, 29G X 1 1/2" 0.5 ML, 29G X 1 1/2" 1 ML	2	QL
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT	2	QL
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8" 1 ML, 28G X 1 1/2" 0.5 ML, 28G X 1 1/2" 1 ML	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
BD INSULIN SYRINGE U/F	2	QL	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT	2	QL	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
BD INSULIN SYRINGE U-500	2	QL	COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES	3	ST; QL
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	2	QL	COMFORT EZ PEN NEEDLES	3	ST; QL
BD PEN NEEDLE MICRO U/F	2	QL	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM	3	ST; QL
BD PEN NEEDLE MINI U/F	2	QL	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN	2	QL	COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL
BD PEN NEEDLE NANO U/F	2	QL	COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED	3	ST; QL
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F	2	QL	DIATHRIVE PEN NEEDLE	3	ST; QL
BD PEN NEEDLE SHORT U/F	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 0.5 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	2	QL	DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML	3	QL
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT	2	QL	DROPLET MICRON	3	QL
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F	2	QL	DROPLET PEN NEEDLES	3	ST; QL
CAREFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL	dropsafe safety pen needles	3	ST; QL
careone insulin syringe	3	ST; QL			
careone unifine pentips plus 29g x 12mm , 31g x 6 mm , 31g x 8 mm , 32g x 4 mm , 33g x 4 mm	3	ST; QL			
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL			
CARETOUCH PEN NEEDLES	3	ST; QL			
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM	3	ST; QL			
CLICKFINE PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM	3	ST; QL			
clickfine pen needles 31g x 8 mm	3	ST; QL			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL	eql insulin syringe 29g x 1/2" 0.3 ml, 29g x 1/2" 0.5 ml, 29g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.3 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL
drug mart unifine pentips 29g x 12mm , 31g x 6 mm , 31g x 8 mm	3	ST; QL	FIFTY50 PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
drug mart unifine pentips plus	3	ST; QL	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
easy comfort insulin syringe 30g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml, 32g x 5/16" 0.5 ml, 32g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL	global ease inject pen needles	3	ST; QL
easy comfort pen needles	3	ST; QL	global easy glide insulin syr	3	ST; QL
easy glide pen needles	3	ST; QL	global easy glide pen needles	3	ST; QL
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY	3	ST; QL	global inject ease insulin syr	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL	global insulin syringes	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 1/2" 0.5 ML, 27G X 1/2" 1 ML, 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL	GLUCOPRO INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML	3	QL	gnp clickfine pen needles	3	ST; QL
EASY TOUCH PEN NEEDLES	3	ST; QL	gnp insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml, 29g x 1/2" 0.3 ml, 29g x 1/2" 0.5 ml, 29g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.3 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 8MM , 30G X 8 MM	3	ST; QL	gnp insulin syringes	3	QL
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL	gnp insulin syringes 28gx1/2"	3	ST; QL
EMBRACE PEN NEEDLES	3	ST; QL	gnp insulin syringes 29gx1/2"	3	ST; QL
			gnp insulin syringes 30gx5/16"	3	ST; QL
			gnp insulin syringes 31gx5/16"	3	ST; QL
			gnp ulticare pen needles	3	ST; QL
			GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE	3	ST; QL
			gnp ultra com insulin syringe 28g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL
			goodsense clickfine pen needle	3	ST; QL
			GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE	3	ST; QL
			healthwise insulin syr/needle	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
healthwise micron pen needles	3	ST; QL	LEADER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL
healthwise short pen needles	3	ST; QL	LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL
h-e-b incontrol pen needles	3	ST; QL	LITETOUGH INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	LITETOUGH PEN NEEDLES	3	ST; QL
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL	longs insulin syringe 31g x 5/16" 0.5 ml	3	ST; QL
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES	3	ST; QL	MARATHON MEDICAL PENTIPS	3	ST; QL
insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml, 29g x 1/2" 0.3 ml, 29g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.3 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	3	ST; QL
insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 0.5 ml, 27g x 1/2" 1 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 29g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.3 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 31g x 1/4" 0.3 ml, 31g x 1/4" 0.5 ml, 31g x 1/4" 1 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
insupen pen needles 29g x 12mm , 31g x 5 mm , 31g x 8 mm , 32g x 4 mm	3	ST; QL	MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	3	ST; QL
kinray insulin syringe 29g x 1/2" 0.5 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml	3	ST; QL	MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2"	3	ST; QL
kmart valu insulin syringe 29g	3	ST; QL	medic insulin syringe	3	ST; QL
kmart valu insulin syringe 30g	3	ST; QL	medicine shoppe pen needles 29g x 12mm , 31g x 8 mm	3	ST; QL
kroger insulin syringe 29g x 1/2" 0.3 ml, 29g x 1/2" 0.5 ml, 29g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.3 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL	meijer pen needles	3	ST; QL
kroger pen needles	3	ST; QL	MICRODOT PEN NEEDLE	3	ST; QL
leader insulin syringe	3	ST; QL	mm insulin syringe/needle	3	ST; QL
			MM PEN NEEDLES	3	ST; QL
			MONOJECT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
			MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ms insulin syringe 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL
NOVOFINE PEN NEEDLE	3	ST; QL
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	3	ST; QL
pc unifine pentips 31g x 5 mm , 31g x 6 mm , 31g x 8 mm	3	ST; QL
pen needles	3	ST; QL
pen needles 5/16" 31g x 8 mm	3	ST; QL
PENTIPS 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
pip pen needles 31g x 5mm	3	ST; QL
pip pen needles 32g x 4mm	3	ST; QL
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
preferred plus insulin syringe	3	ST; QL
preferred plus unifine pentips 29g x 12mm	3	ST; QL
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM	3	ST; QL
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	QL
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
pro comfort pen needles 32g x 4 mm , 32g x 5 mm , 32g x 6 mm	3	ST; QL
PRODIGY INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL
pure comfort pen needle	3	ST; QL
pure comfort safety pen needle	3	QL
px extra short pen needles	3	ST; QL
px insulin syringe 30g x 1/2" 0.5 ml	3	ST; QL
px mini pen needles	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
px pen needle	3	ST; QL
qc pen needles	3	ST; QL
qc unifine pentips	3	ST; QL
ra insulin syringe	3	ST; QL
ra pen needles	3	ST; QL
raya sure pen needle	3	ST; QL
reality insulin syringe	3	ST; QL
RELION INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
RELION MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL
RELION PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM	3	ST; QL
RELION SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL
safety pen needles	3	ST; QL
sb insulin syringe	3	ST; QL
SECURESAFE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL
sure comfort insulin syringe	3	ST; QL
sure comfort pen needles	3	ST; QL
techlite insulin syringe 30g x 1/2" 1 ml, 31g x 15/64" 0.3 ml, 31g x 15/64" 0.5 ml, 31g x 15/64" 1 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.5 ml, 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES	3	ST; QL
todays health pen needles	3	ST; QL
todays health short pen needle	3	ST; QL
topcare clickfine pen needles	3	ST; QL
topcare ultra comfort ins syr	3	ST; QL
true comfort insulin syringe	3	ST; QL
true comfort pen needles	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
true comfort pro insulin syr	3	ST; QL	ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT	3	ST; QL
true comfort pro pen needles	3	ST; QL	ULTRA-THIN II PEN NEEDLES	3	ST; QL
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES	3	ST; QL	UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL
TRUEPLUS PEN NEEDLES	3	ST; QL	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM	3	QL
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR	3	ST; QL	UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM	3	ST; QL
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT	3	ST; QL	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 30G X 5 MM , 30G X 8 MM , 32G X 4 MM	3	ST; QL
ULTICARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL	UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	QL
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES	3	ST; QL	UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	3	ST; QL
ULTICARE MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL	value health insulin syringe	3	ST; QL
ULTICARE PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 31G X 5 MM	3	ST; QL	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML	3	QL
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM	3	QL
ULTILET PEN NEEDLE	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL
ultra comfort insulin syringe 30g x 5/16" 0.3 ml	3	ST; QL	VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	QL
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES	3	ST; QL	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	3	QL
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT	3	ST; QL	vp insulin syringe	3	ST; QL
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	3	ST; QL			
ULTRA THIN PEN NEEDLES	3	ST; QL			
ultracare insulin syringe	3	ST; QL			
ultracare pen needles	3	ST; QL			
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT	3	ST; QL			
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL			
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE	3	ST; QL			

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
wegmans unifine pentips plus	3	ST; QL
zevrx insulin syringe	3	ST; QL
zevrx pen needles	3	ST; QL
CAPUCHONES CERVICALES		
FEMCAP VAGINAL DEVICE	2	\$0
DENTÍFRICOS		
MI PASTE DENTAL PASTE	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE	3	
DIAFRAGMAS		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM	3	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM	2	\$0
PAÑALES		
HUGGIES LITTLE MOVERS SIZE 7	2	
HUGGIES LITTLE SNUGGLER NEWBRN	2	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HUGGIES LITTLE SNUGGLERS SZ 3	2	
HUGGIES LITTLE SNUGGLERS SZ 4	2	
HUGGIES LITTLE SNUGGLERS SZ 5	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 3	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 4	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 1	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 2	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 3	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 5	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY NEWBORN	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 1	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 2	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 3	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 4	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 5	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 6	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER NEWBN	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER SZ 1	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER SZ 2	2	
PAMPERS EASY UPS 2T-3T	2	
PAMPERS EASY UPS 4T-5T	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 2T-3T	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 4T-5T	2	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRESERVATIVOS (FEMENINOS)		
FC2 FEMALE CONDOM	2	\$0; QL
PRESERVATIVOS (MASCULINOS)		
aimsco lubricated	2	\$0
condoms	2	\$0
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN	2	\$0
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE	2	\$0
DUREX REALFEEL DEVICE	2	\$0
DUREX TROPICAL	2	\$0
FANTASY LUBRICATED	2	\$0
FANTASY LUBRICATED/SPERMIC IDE	2	\$0
KAMELEON LUBRICATED	2	\$0
kimono	2	\$0
KIMONO COLORS DEVICE	2	\$0
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	2	\$0
kimono micro thin	2	\$0
kimono micro thin plus	2	\$0
kimono plus	2	\$0
kimono ps	2	\$0
kimono ps plus	2	\$0
kimono sensation	2	\$0
kimono sensation plus	2	\$0
maxx	2	\$0
maxx plus	2	\$0
REALITY LATEX CONDOMS	2	\$0
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE	2	\$0
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE	2	\$0
true cover device	2	\$0
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE	2	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED	2	\$0
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	2	\$0
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	2	\$0
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMIC IDE	2	\$0
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE	2	\$0
TRUSTEX NON-LUBRICATED	2	\$0
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	2	\$0
TRUSTEX RIA LUBRICATED	2	\$0
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	2	\$0
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	2	\$0
PRODUCTOS DE DESENSIBILIZACIÓN DENTAL		
REMESENSE DENTAL	3	
SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	2	QL
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	2	QL
acti-lance 28g	2	QL
acti-lance lite lancets 28g	2	QL
acti-lance special lancets 17g	2	QL
acti-lance universal 23g	2	QL
advanced mobile lancet	2	QL
ADVOCATE LANCETS	2	QL
ADVOCATE LANCETS 30G	2	QL
ADVOCATE SAFETY LANCETS	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G	2	QL
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS	2	QL
aimsco twist lancets 32g	2	QL
AIMSCO TWIST LANCETS 33G	2	QL
AQUALANCE LANCETS 30G	2	QL
assure comfort lancets 28g	2	QL
ASSURE LANCE LANCETS	2	QL
ASSURE LANCE LANCETS 21G	2	QL
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G	2	QL
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G	2	QL
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G	2	QL
aurora lancet super thin 30g	2	QL
aurora lancet thin 23g	2	QL
BD MICROTAINER LANCETS	2	QL
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G	2	QL
careone lancet thin 23g	2	QL
CARESENS LANCETS	2	QL
CARESENS LANCETS 30G	2	QL
CARETOUCH SAFETY LANCETS	2	QL
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G	2	QL
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G	2	QL
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G	2	QL
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G	2	QL
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G	2	QL
CHOSEN LANCETS 30G	2	QL
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G	2	QL
CLEANLET LANCETS 28G	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
CLEVER CHEK LANCETS	2	QL
CLEVER CHOICE COMFORT EZ	2	QL
CLEVER CHOICE LANCETS 21G	2	QL
CLEVER CHOICE LANCETS 23G	2	QL
CLEVER CHOICE LANCETS 28G	2	QL
COAGUCHEK LANCETS	2	QL
comfort assured lancets 28g	2	QL
comfort assured lancets 33g	2	QL
COMFORT TOUCH LANCETS 31G	2	QL
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G	2	QL
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G	2	QL
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G	2	QL
cvs lancets 21g	2	QL
cvs lancets micro thin 33g	2	QL
cvs lancets original	2	QL
cvs lancets thin 26g	2	QL
cvs lancets ultra thin 30g	2	QL
cvs lancets ultra-thin 30g	2	QL
cvs ultra thin lancets	2	QL
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE	2	PA; QL
DEXCOM G6 SENSOR	2	PA; QL
DEXCOM G6 TRANSMITTER	2	PA; QL
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE	2	PA; QL
DEXCOM G7 SENSOR	2	PA; QL
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30	2	QL
DIATHRIVE LANCETS	2	QL
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G	2	QL
drug mart lancets thin 26g	2	QL
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
DRUG MART UNILET LANCETS 30G	2	QL
DRUG MART UNILET LANCETS 33G	2	QL
easy comfort lancets	2	QL
easy comfort lancets twist top	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 21G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 23G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 26G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 28G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 30G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 32G	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G	2	QL
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G	2	QL
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G	2	QL
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G	2	QL
ENLITE GLUCOSE SENSOR	3	PA
eql color lancets 21g	2	QL
eql color lancets micro 33g	2	QL
eql super thin lancets 30g	2	QL
eql thin lancets 26g	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER	3	PA; QL
EVERSENSE SENSOR/HOLDER	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER	3	PA; QL
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G	2	QL
E-Z JECT LANCETS	2	QL
E-Z JECT LANCETS 21G	2	QL
E-Z JECT LANCETS THIN 26G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 21G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 26G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 28G	2	QL
EZ-LETS LANCETS 30G	2	QL
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS	2	QL
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G	2	QL
FINGERSTIX LANCETS	2	QL
FORA LANCETS	2	QL
FREESTYLE LANCETS	2	QL
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS	2	QL
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET	2	QL
global inject ease lancets 28g	2	QL
global inject ease lancets 30g	2	QL
GLUCOCOM LANCETS 28G	2	QL
GLUCOCOM LANCETS 30G	2	QL
GLUCOCOM LANCETS 33G	2	QL
gnp lancets 21g	2	QL
gnp lancets thin 26g	2	QL
gnp sterile lancets 28g	2	QL
gnp sterile lancets 30g	2	QL
gnp sterile lancets 33g	2	QL
GOJJI STERILE LANCETS	2	QL
goodsense color lancets 33g	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
goodsense lancets 26g univ	2	QL
goodsense lancets 30g	2	QL
goodsense lancets 30g univ	2	QL
goodsense lancets 33g	2	QL
goodsense lancets 33g univ	2	QL
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR	3	PA; QL
GUARDIAN 4 TRANSMITTER	3	PA; QL
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER	3	PA; QL
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE	3	PA; QL
GUARDIAN SENSOR (3)	3	PA; QL
guardian sensor 3	3	PA; QL
HAEMOLANCE	2	QL
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS	2	QL
HAEMOLANCE PLUS	2	QL
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW	2	QL
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW	2	QL
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW	2	QL
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW	2	QL
h-e-b incontrol lancets 28g	2	QL
h-e-b incontrol lancets 33g	2	QL
HY-VEE LANCETS	2	QL
hy-vee thin lancets	2	QL
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G	2	QL
kinney thin lancets	2	QL
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G	2	QL
kroger lancets	2	QL
kroger lancets 21g	2	QL
kroger lancets micro thin 33g	2	QL
kroger lancets super thin	2	QL
kroger lancets thin	2	QL
kroger lancets thin 26g	2	QL
kroger lancets ultrathin 30g	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
lancets	2	QL
lancets 30g	2	QL
lancets 33g	2	QL
lancets micro thin 33g	2	QL
LANCETS SUPER THIN	2	QL
lancets super thin 28g	2	QL
lancets thin	2	QL
LANCETS ULTRA THIN	2	QL
lancets ultra thin 30g	2	QL
LIBERTY MEDICAL LANCETS	2	QL
lite touch lancets	2	QL
LITETOUCH LANCETS	2	QL
live better lancet super thin	2	QL
longs lancets standard	2	QL
longs lancets thin	2	QL
longs lancets ultra thin	2	QL
medichoice safety lancet	2	QL
medichoice safety lancet extra	2	QL
medichoice safety lancet norm	2	QL
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G	2	QL
MEDLANCE PLUS LITE 25G	2	QL
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM	2	QL
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G	2	QL
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G	2	QL
MEIJER LANCETS	2	QL
MEIJER LANCETS THIN	2	QL
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G	2	QL
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G	2	QL
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G	2	QL
MEIJER SUPER THIN LANCETS	2	QL
MICROLET LANCETS	2	QL
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER	3	PA

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS	3	PA
MM TWIST LANCETS	2	QL
MONOLET LANCETS	2	QL
MONOLET OPD LANCETS	2	QL
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G	2	QL
NOVA SAFETY LANCETS 23G	2	QL
NOVA SAFETY LANCETS 28G	2	QL
NOVA SUREFLEX LANCETS	2	QL
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G	2	QL
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G	2	QL
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS	2	QL
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER	3	PA
PERFECT LANCETS 28G	2	QL
PERFECT LANCETS 30G	2	QL
PHARMACY COUNTER LANCETS	2	QL
pip lancets 28g	2	QL
pip lancets 30g	2	QL
preferred plus lancets colored	2	QL
preferred plus lancets thin	2	QL
pro comfort lancets 30g	2	QL
pro comfort lancets 31g	2	QL
pro comfort safety lancets 30g	2	QL
PRODIGY LANCETS 28G	2	QL
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G	2	QL
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G	2	QL
pure comfort lancets 30g	2	QL
px lancets microthin 33g	2	QL
px lancets ultra thin 28g	2	QL
qc lancets super thin 30g	2	QL
qc lancets ultra thin	2	QL
qc unilet lancets micro thin	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RA E-ZJECT LANCETS 28G	2	QL
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G	2	QL
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G	2	QL
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN	2	QL
READYLANCE SAFETY LANCETS	2	QL
reality lancets	2	QL
reality trigger lancets	2	QL
RELION LANCETS	2	
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL
RELION LANCETS THIN 26G	2	QL
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G	2	QL
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS	2	QL
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL
RIGHTEST GL300 LANCETS	2	QL
safety lancet 30g/pressure act	2	QL
SAFETY LANCETS	2	QL
SAFETY LANCETS 21G	2	QL
SAFETY LANCETS 23G	2	QL
safety lancets 28g	2	QL
saps health plus lancets	2	QL
saps health twist top lancets	2	QL
saps twist top lancets	2	QL
sapscare twist top lancets	2	QL
sb lancets thin	2	QL
sb lancets ultra thin	2	QL
SINGLE-LET	2	QL
sm lancets 33g	2	QL
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL
SMART SENSE STANDARD LANCETS	2	QL
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SMART SENSE THIN LANCETS 26G	2	QL
SMARTEST LANCETS 28G	2	QL
SOLUS V2 LANCETS 28G	2	QL
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G	2	QL
STERILANCE TL	2	QL
super thin lancets	2	QL
sure comfort lancets 18g	2	QL
sure comfort lancets 21g	2	QL
sure comfort lancets 23g	2	QL
sure comfort lancets 28g	2	QL
sure comfort lancets 30g	2	QL
SURELITE LANCETS	2	QL
TECHLITE AST LANCETS	2	QL
TECHLITE LANCETS	2	QL
TECHLITE LANCETS 26G	2	QL
tgt lancet micro thin 33g	2	QL
tgt lancet thin 26g	2	QL
tgt lancet ultra thin 30g	2	QL
todays health thin lancets 28g	2	QL
todays health thin lancets 30g	2	QL
topcare lancets micro-thin 33g	2	QL
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G	2	QL
true comfort safety lancets	2	QL
true comfort twist top lancets	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 26G	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 28G	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 30G	2	QL
TRUEPLUS LANCETS 33G	2	QL
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G	2	QL
twist top lancets 30g	2	QL
ULTILET CLASSIC LANCETS	2	QL
ULTILET LANCETS	2	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ULTILET SAFETY LANCETS	2	QL
ULTILET SAFETY LANCETS 23G	2	QL
ultra thin lancets 31g	2	QL
ultra-care lancets 30g	2	QL
ULTRA-THIN II AUTO LANCET	2	QL
ULTRA-THIN II LANCETS	2	QL
UNILET COMFORTOUCH LANCET	2	QL
UNILET EXCELITE	2	QL
UNILET EXCELITE II	2	QL
UNILET G.P. LANCET	2	QL
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET	2	QL
UNILET GP 28 ULTRA THIN	2	QL
UNILET LANCET	2	QL
UNILET MICRO-THIN 33G	2	QL
UNILET SUPERLITE LANCET	2	QL
UNILET SUPER-THIN 30G	2	QL
UNILET ULTRA-THIN 28G	2	QL
UNISTIK 3 GENTLE	2	QL
UNISTIK PRO SAFETY LANCET	2	QL
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G	2	QL
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G	2	QL
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G	2	QL
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G	2	QL
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN	2	QL
value plus lancet standard 21g	2	QL
value plus lancets super thin	2	QL
value plus lancets thin 26g	2	QL
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G	2	QL
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G	2	QL
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G	2	QL
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G	2	QL
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G	2	QL
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G	2	QL
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G	2	QL
VIVAGUARD LANCETS	2	QL
VIVAGUARD LANCETS 30G	2	QL
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G	2	QL
WALGREENS LANCETS	2	QL
walgreens lancets micro thin	2	QL
walgreens lancets super thin	2	QL
WALGREENS THIN LANCETS	2	QL
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS	2	QL
zevrx twist top lancets 30g	2	QL
SUMINISTROS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINA		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	2	PA; QL
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	2	PA; QL
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	2	PA; QL
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	2	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT	2	PA; QL
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	2	PA; QL
SUMINISTROS PARA LA INCONTINENCIA		
DEPEND FRESH PROTECTION MENS	2	
SUMINISTROS PARA TERAPIAS COMBINADAS CON FRÍO Y CON CALOR		
eq hot or cold large compress pad	2	
DISPOSITIVOS Y SUMINISTROS MÉDICOS		
AGUJAS Y JERINGAS		
1st tier unifine pentips plus 31g x 6 mm	3	ST; QL
aum mini insulin pen needle 32g x 6 mm	3	ST; QL
BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML	2	QL
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML	2	QL
careone unifine pentips plus 31g x 5 mm	3	ST; QL
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 29G X 5MM	3	ST; QL
FIFTY50 PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	ST; QL
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL
insulin syringe 29g x 1/2" 0.5 ml	3	ST; QL
insulin syringe-needle u-100 29g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL
kinray insulin syringe 31g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML	3	ST; QL
PRODIGY INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 1 ML	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RELION PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	ST; QL
PAÑALES		
PAMPERS SWADDLERS SIZE 7	2	
PRESERVATIVOS (MASCULINOS)		
KIMONO SPECIAL DEVICE	2	\$0
SUMINISTROS DE PRUEBA DE CONTROL DE LA GLUCOSA		
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS	2	QL
DRUG MART UNILET LANCETS 28G	2	QL
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G	2	QL
h-e-b incontrol lancets 30g	2	QL
kinney lancets	2	QL
MONOLETTOR SAFETY LANCETS	2	QL
PHARMACIST CHOICE LANCETS	2	QL
qc unilet lancets 28g	2	QL
DIURÉTICOS		
COMBINACIONES DE DIURÉTICOS		
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	
spironolactone-hctz oral tablet	1 or 1b*	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	1 or 1a*	
triamterene-hctz oral tablet	1 or 1a*	
DIURÉTICOS AHORRADORES DE POTASIO		
ALDACTONE ORAL TABLET	3	
amiloride hcl oral tablet	1 or 1b*	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION	3	
spironolactone oral suspension	1 or 1b*	
spironolactone oral tablet	1 or 1a*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
triamterene oral capsule	1 or 1b*	
DIURÉTICOS DEL ASA		
bumetanide injection solution	1 or 1b*	
bumetanide oral tablet	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET 0.5 MG	3	
EDECRIN ORAL TABLET	3	
ethacrynic acid sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ethacrynic acid oral tablet	1 or 1b*	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT	4	PA; QL
furosemide injection solution 10 mg/ml	1 or 1a*	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET	3	
torsemide oral tablet	1 or 1b*	
DIURÉTICOS OSMÓTICOS		
mannitol intravenous solution 20 %, 25 %	1 or 1b*	
OSMITROL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %, 20 %	1 or 1b*	
DIURÉTICOS TIAZÍDICOS Y DIURÉTICOS TIPO TIAZÍDICOS		
chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION	3	
hydrochlorothiazide oral capsule	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1a*	
indapamide oral tablet	1 or 1b*	
metolazone oral tablet	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
acetazolamide oral tablet	1 or 1b*	
acetazolamide sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
dichlorphenamide oral tablet	4	PA; LD; QL
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	
ORMALVI ORAL TABLET	4	PA; LD; QL
ESTRÓGENOS		
*ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST***		
MYFEMBREE ORAL TABLET	3	PA; QL
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK	3	PA; QL
ESTRÓGENO - COMBINACIÓN DE MODULADORES SELECTIVOS DE LOS RECEPTORES DE ESTRÓGENOS		
DUAVEE ORAL TABLET	3	PA; QL
ESTRÓGENO Y PROGESTINA		
ACTIVELLA ORAL TABLET 1-0.5 MG	3	
ANGELIQ ORAL TABLET	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE	2	QL
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	2	QL
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	2	QL
estradiol-norethindrone acet oral tablet	1 or 1b*	
FYAVOLV ORAL TABLET	1 or 1b*	
JINTELI ORAL TABLET	1 or 1b*	
MIMVEY ORAL TABLET	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
norethindrone-eth estradiol oral tablet	1 or 1b*	
PREMPHASE ORAL TABLET	2	
PREMPRO ORAL TABLET	2	
ESTRÓGENOS		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	3	QL
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML, 20 MG/ML	3	
DEPO-ESTRADOL INTRAMUSCULAR OIL	3	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	1 or 1b*	QL
estradiol oral tablet	1 or 1b*	
estradiol transdermal gel	1 or 1b*	QL
estradiol transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL
estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*	QL
estradiol valerate intramuscular oil	1 or 1b*	
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION	2	QL
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	1 or 1b*	QL
MENEST ORAL TABLET	2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	3	QL
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	2	
PREMARIN ORAL TABLET	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EXTRACTOS ALERGÉNICOS/PRODUCTOS BIOLÓGICOS MISCELÁNEOS			CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
EXTRACTOS ALERGÉNICOS			CIPRO ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	3	
GRASSTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL	ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL	ciprofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL	levofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL	levofloxacin intravenous solution	1 or 1b*	QL
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL	levofloxacin oral solution	1 or 1b*	
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL	levofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL	moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL	moxifloxacin hcl intravenous solution	3	
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET	4	PA; LD; QL	moxifloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET	4	PA; LD; QL	ofloxacin oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL			
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL			
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL	4	PA; LD; QL			
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL	4	PA; LD; QL			
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL			
FLUOROQUINOLONAS					
FLUOROQUINOLONAS					
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3		HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION	4	PA; LD; QL
BAXDELA ORAL TABLET	3	PA	ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL
			tasimelteon oral capsule	4	PA; LD; QL
			ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA OREXINA		
			QUVIVIQ ORAL TABLET	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
COMBINACIONES DE HIPNÓTICOS ANTIHISTAMÍNICOS		
ft ibuprofen pm oral tablet	1 or 1b*	
HIPNÓTICOS - AGENTES TRICÍCLICOS		
doxepin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
HIPNÓTICOS ANTIHISTAMÍNICOS		
eq sleep-aid oral tablet	1 or 1b*	
HIPNÓTICOS BARBITÚRICOS		
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL
phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg	1 or 1b*	DO
phenobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
HIPNÓTICOS DE LA BENZODIAZEPINA		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	
estazolam oral tablet	1 or 1b*	QL
flurazepam hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
HALCION ORAL TABLET	3	ST; QL
midazolam hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl injection solution 10 mg/10ml, 10 mg/2ml, 2 mg/2ml, 25 mg/5ml, 5 mg/5ml, 5 mg/ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
midazolam hcl oral syrup	1 or 1b*	QL
midazolam hcl-sodium chloride intravenous solution 100-0.8 mg/100ml-%, 50-0.8 mg/50ml-%	3	
midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution	3	
quazepam oral tablet	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RESTORIL ORAL CAPSULE	3	ST; QL
temazepam oral capsule	1 or 1b*	QL
triazolam oral tablet	1 or 1b*	QL
MEDICAMENTOS NO BENZODIAZEPÍNICOS - MODULADORES DEL RECEPTOR DE GABA		
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	ST; QL
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL
eszopiclone oral tablet 3 mg	1 or 1b*	AL; QL
zaleplon oral capsule	1 or 1b*	QL
zolpidem tartrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL
zolpidem tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL
zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	ST; QL
SEDATIVOS AGONISTAS DEL RECEPTOR ADRENÉRGICO ALFA 2 SELECTIVO		
dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution 200 mcg/50ml, 200-0.9 mcg/50ml-%, 400 mcg/100ml	1 or 1b*	
dexmedetomidine hcl intravenous solution 1000 mcg/10ml, 400 mcg/4ml	3	
dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml	1 or 1b*	
dexmedetomidine hcl-dextrose intravenous solution	3	
IGALMI SUBLINGUAL FILM	3	PA; QL
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/250ML, 200 MCG/2ML, 200 MCG/50ML, 400 MCG/100ML, 80 MCG/20ML	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LAXANTES		
COMBINACIONES DE LAXANTES		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1a*	\$0; QL
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1a*	\$0; QL
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1a*	\$0; QL
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	1 or 1b*	\$0; QL
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted	1 or 1a*	\$0; QL
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted	1 or 1a*	\$0; QL
peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted	1 or 1b*	\$0; QL
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted	1 or 1b*	\$0; QL
PEG-PREP ORAL KIT	3	QL
LAXANTES ESTIMULANTES		
ALOPHEN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1a*	\$0
bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
eq chocolate laxative oral tablet chewable	1 or 1b*	
eq gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
eql gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
eql laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
EX-LAX ULTRA ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1a*	\$0
ft laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
gnp gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
kp bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
qc laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
ra womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sb gentle lax-women oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
sm gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
womans laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*	\$0
LAXANTES LUBRICANTES		
mineral oil heavy oral oil	1 or 1b*	
LAXANTES SALINOS		
citrate of magnesia oral solution	1 or 1a*	\$0
CITROMA ORAL SOLUTION	1 or 1a*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cvs magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
cvs milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	1 or 1b*	\$0
DULCOLAX MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION	1 or 1b*	\$0
DULCOLAX ORAL SUSPENSION	1 or 1b*	\$0
eq magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
eql magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION	1 or 1a*	\$0
ft magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
ft milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
gnp magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
gnp milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
goodsense magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
goodsense milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
hm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml	1 or 1a*	\$0
milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION	1 or 1a*	\$0
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA ORAL SUSPENSION 400 MG/5ML	1 or 1b*	\$0
qc magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
qc milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
ra magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
ra milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sb magnesium citrate oral solution	1 or 1a*	\$0
sb milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*	\$0
sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	1 or 1b*	\$0
LAXANTES SURFACTANTES		
eq stool softener extra str oral capsule	1 or 1b*	
eq stool softener oral capsule 250 mg	1 or 1b*	
mm stool softener oral capsule	1 or 1b*	
LAXANTES VARIOS		
CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
constulose oral solution	1 or 1b*	QL
CVS PURELAX ORAL PACKET	1 or 1b*	\$0
CVS PURELAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
EQ CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
eq laxative oral packet	1 or 1b*	\$0
EQL CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
ft clearlax oral powder	1 or 1b*	\$0
gavilax oral powder	1 or 1b*	\$0
gentlelax oral powder	1 or 1b*	\$0
GLYCOLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
GNP CLEARLAX ORAL PACKET	1 or 1b*	\$0
GNP CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
HEALTHYLAX ORAL PACKET	1 or 1b*	\$0
HM CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
KLS LAXACLEAR ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
KRISTALOSE ORAL PACKET	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
lactulose oral packet	3	ST; QL
lactulose oral solution	1 or 1b*	QL
MM CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
peg 3350 oral packet	1 or 1b*	\$0
peg 3350 oral powder	1 or 1b*	\$0
polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm	1 or 1b*	\$0
polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*	\$0
qc glycerin rectal suppository	1 or 1b*	
qc natura-lax oral powder	1 or 1b*	\$0
ra laxative oral powder	1 or 1b*	\$0
sb polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*	\$0
SM CLEARLAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
SMOOTH LAX ORAL PACKET	1 or 1b*	\$0
SMOOTH LAX ORAL POWDER	1 or 1b*	\$0
true laxative oral powder	1 or 1b*	\$0
MEZCLAS DE LAXANTES SALINOS		
FLEET SALINE ENEMA RECTAL ENEMA	2	
MACRÓLIDOS		
AZITROMICINA		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	1 or 1b*	
azithromycin oral packet	1 or 1b*	
azithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg, 600 mg	1 or 1b*	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG, 500 MG	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET	3	
CLARITROMICINA		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
clarithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
clarithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ERITROMICINAS		
E.E.S. 400 ORAL TABLET	1 or 1b*	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	3	
erythromycin base oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet delayed release	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin oral tablet delayed release	1 or 1b*	
FIDAXOMICINA		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	QL
DIFICID ORAL TABLET	3	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
MEDICAMENTOS PARA LA TOS/EL RESFRÍO/LA ALERGIA		
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS NO NARCÓTICOS		
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml	1 or 1b*	
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS - DESCONGESTIVOS OPIÁCEOS		
capcof oral syrup	3	AL; QL
maxi-tuss cd oral liquid	2	AL; QL
poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml	2	AL; QL
PRO-RED AC ORAL SYRUP 5-1-9 MG/5ML	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID	2	AL; QL
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS NO NARCÓTICOS		
NINJACOF ORAL LIQUID	2	
promethazine-dm oral syrup	1 or 1a*	QL
ANTITUSIVOS - ANTIHISTAMÍNICOS OPIÁCEOS		
hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release	1 or 1b*	AL; QL
promethazine-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	AL; QL
ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES - DESCONGESTIVOS		
coditussin dac oral liquid	3	AL
TUSNEL C ORAL SYRUP	2	PA; QL
ANTITUSIVOS - EXPECTORANTES		
coditussin ac oral liquid	3	AL
eq mucus relief dm max str oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
g tussin ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
guaifenesin-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID	2	AL
maxi-tuss ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL
NINJACOF-XG ORAL LIQUID	3	AL
ANTITUSIVOS - NO NARCÓTICOS		
benzonatate oral capsule	1 or 1b*	
ANTITUSIVOS - OPIOIDES		
HYCODAN ORAL SOLUTION	3	AL; QL
HYCODAN ORAL TABLET	3	PA; QL
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution	1 or 1a*	AL; QL
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet	1 or 1a*	PA; QL
hydromet oral solution	1 or 1a*	AL; QL
DESCONGESTIVO - ANALGÉSICO		
eq sinus & cold-d oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
DESCONGESTIVO CON EXPECTORANTE		
eq mucus relief d oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
eq mucus-d oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
DESCONGESTIVO Y ANTIHISTAMÍNICO		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	ST; QL
eq allergy relief d 12 hour oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	1 or 1b*	
promethazine vc oral syrup	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
INHALANTES RESPIRATORIOS VARIOS					
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 %	3		AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
NEBUSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 3 %	1 or 1b*		amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack	1 or 1b*	ST; QL
PULMOSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION	1 or 1b*		OMECLAMOX-PAK ORAL	3	ST; QL
sodium chloride inhalation nebulization solution 0.9 %, 10 %, 3 %, 7 %	1 or 1b*		TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	3	ST; QL
MUCOLÍTICOS					
acetylcysteine inhalation solution	1 or 1b*		ALCALOIDES DE LA BELLADONA		
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS/ANTIESPASMÓDICOS/ANTICOLINÉGICOS					
AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON COMBINACIONES DE BISMUTO					
bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	1 or 1b*	ST; QL	cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml	1 or 1b*	QL
ANTAGONISTAS H2					
nizatidine oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL	cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg	1 or 1b*	QL
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS					
AGENTES ANTIINFECCIOSOS PARA ÚLCERAS CON COMBINACIONES DE BISMUTO					
bismuth/metronidaz/tetracycl in oral capsule	1 or 1b*	ST; QL	eq famotidine oral tablet	1 or 1b*	
HELIDAC THERAPY ORAL	3	ST; QL	famotidine (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
PYLERA ORAL CAPSULE	3	ST; QL	famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	1 or 1b*	
PEPCID ORAL TABLET					
ANTICOLINÉRGICOS NASALES CUATERNARIOS					
CUVPOSA ORAL SOLUTION					
GLYCATE ORAL TABLET					
glycopyrrolate injection solution					1 or 1b*
glycopyrrolate oral solution					1 or 1b*

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral tablet 1.5 mg	3	PA
glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.2 mg/ml, 0.4 mg/2ml	1 or 1b*	
glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
methscopolamine bromide oral tablet	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET	3	
ANTIESPASMÓDICOS		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
dicyclomine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
dicyclomine hcl oral capsule	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral solution	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral tablet	1 or 1a*	
ANTIULCEROSOS VARIOS		
CARAFATE ORAL SUSPENSION	3	
CARAFATE ORAL TABLET	3	
sucralfate oral suspension	1 or 1b*	
sucralfate oral tablet	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE ANTIÁCIDOS-ANTAGONISTAS H2		
goodsense dual action complete oral tablet chewable	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
LIBRAX ORAL CAPSULE	3	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	1 or 1b*	
esomeprazole magnesium oral packet	1 or 1b*	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	1 or 1b*	
ft acid reducer oral capsule delayed release 20 mg	1 or 1b*	
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	1 or 1b*	
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 40 MG	3	
omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
MEDICAMENTOS PARA ÚLCERAS - PROSTAGLANDINAS		
CYTOTEC ORAL TABLET	3	
misoprostol oral tablet	1 or 1a*	
MEDICINAS ALTERNATIVAS		
MEDICINAS ALTERNATIVAS		
aloe vera leaf juice oral liquid	1 or 1b*	
boswellia oral tablet	2	
CALMAID ORAL CAPSULE	1 or 1b*	
ft melatonin extra strength oral tablet dispersible	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
gnp cranberry plus prob w/vitc oral tablet	2	
goldenseal root oral capsule 333 mg	2	
grape seed oral capsule 100 mg	2	
maca root oral capsule	2	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID	1 or 1b*	
saw palmetto berries oral capsule 585 mg	2	
vitex fruit oral capsule	2	
MINERALES Y ELECTROLITOS		
BICARBONATOS		
sodium acetate intravenous solution 2 meq/ml	3	
sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml	1 or 1b*	
sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CALCIO		
calcium gluconate intravenous solution	3	
COMBINACIONES DE CALCIO		
calcium 600-vitamin d3 oral tablet	1 or 1b*	
calcium gluconate-nacl intravenous solution 1-0.675 gm/50ml-%, 1-0.8 gm/100ml-%, 2-0.675 gm/100ml-%	3	
COMBINACIONES DE FLUORURO		
FLORIVA ORAL LIQUID	3	
COMBINACIONES DE OLIGOELEMENTOS		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MULTRY'S INTRAVENOUS SOLUTION	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ELECTROLITOS ORALES		
hydrating electrolyte oral packet	2	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ORAL SOLUTION	2	
ELECTROLITOS PARENTERALES		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
kcl (0.298%) in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	3	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%	3	
ringers intravenous solution	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ELECTROLITOS Y DEXTROSA		
dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution		
dextrose in lactated ringers intravenous solution	3	
dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %, 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	3	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	1 or 1b*	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 20-5-0.225 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%	3	
kcl-lactated ringers-d5w intravenous solution	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 10 meq/l, 20 meq/l	1 or 1b*	
FLUORURO		
sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml	1 or 1a*	\$0
sodium fluoride oral tablet	1 or 1a*	\$0
sodium fluoride oral tablet chewable	1 or 1a*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
FOSFATO		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION		
K-PHOS ORAL TABLET	3	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET	2	
PHOSPHA 250 NEUTRAL ORAL TABLET	3	
phosphorous oral tablet	1 or 1b*	
PHOSPHO-TRIN 250 NEUTRAL ORAL TABLET	1 or 1b*	
PHOSPHO-TRIN K500 ORAL TABLET	1 or 1b*	
potassium phosphates intravenous solution 15 mmole/5ml, 150 mmole/50ml	3	
potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml	1 or 1b*	
potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution	3	
potassium phosphates(71 meq k) intravenous solution	1 or 1b*	
sodium phosphates intravenous solution	3	
wes-phos 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
MAGNESIO		
ft magnesium oxide oral tablet	1 or 1b*	
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%	3	
magnesium sulfate injection solution 50 %	1 or 1b*	
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	3	
MANGANESO		
manganese chloride intravenous solution	1 or 1b*	
OLIGOELEMENTOS		
chromic chloride intravenous solution	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
cupric chloride intravenous solution	3	
selenious acid intravenous solution 12 mcg/2ml, 60 mcg/ml	3	
selenious acid intravenous solution 40 mcg/ml	1 or 1b*	
POTASIO		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	1 or 1b*	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	1 or 1a*	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	1 or 1a*	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	1 or 1a*	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	1 or 1b*	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	3	
potassium acetate intravenous solution 2 meq/ml	3	
potassium chloride crys er oral tablet extended release	1 or 1a*	
potassium chloride er oral capsule extended release	1 or 1b*	
potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq	1 or 1b*	
potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq	1 or 1a*	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml	3	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
potassium chloride oral packet	1 or 1b*	
potassium chloride oral solution 10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)	1 or 1b*	
SODIO		
AQUASTAT INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
AQUASTAT SFR INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
BD POSIFLUSH INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
BD POSIFLUSH SAFESCRUB INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
MONOJECT FLUSH SYRINGE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
MONOJECT SODIUM CHLORIDE FLUSH INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
normal saline flush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride (pf) injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	1 or 1b*	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	1 or 1b*	
ZINC		
GALZIN ORAL CAPSULE	3	
zinc chloride intravenous solution	3	
zinc sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTIVITAMINAS		
MEZCLAS DE VITAMINAS		
cod liver oil oral oil	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
d3 + k2 oral capsule	2	
MULTIVITAMINAS		
anti-oxidant oral tablet	1 or 1b*	\$0
daily multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0
daily value multivitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
daily vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0
daily vite oral tablet	1 or 1b*	\$0
daily vites oral tablet	1 or 1b*	\$0
daily-vite multivitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
daily-vite oral tablet	1 or 1b*	\$0
ESTROFACTORS ORAL TABLET		
gnp essential one daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
healthy hair/skin/nails oral tablet	1 or 1b*	\$0
high potency multivitamin oral tablet	2	\$0
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION		
multi vitamin oral tablet	2	\$0
multi vitamin w/d-3 oral tablet	2	\$0
multiple vitamin-folic acid oral tablet	1 or 1b*	\$0
multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*	\$0
multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0
multivitamin adult oral tablet	2	\$0
multivitamin iron-free oral tablet	1 or 1b*	\$0
multivitamin oral tablet	2	\$0
multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
NEOMULTIVITE ORAL TABLET		
novite oral capsule	1 or 1b*	
omnicap oral tablet	2	\$0
once daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET		
one daily essentials oral tablet	2	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
one daily multivitamin adult oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily oral tablet	1 or 1b*	\$0
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2	\$0
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	2	\$0
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	2	\$0
one-daily multi vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0
one-daily multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
qc essentials oral tablet	1 or 1b*	\$0
quintabs oral tablet	2	\$0
sm multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress formula oral tablet	1 or 1b*	\$0
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TAB-A-VITE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
THERA ORAL TABLET	2	\$0
thera-tabs oral tablet	1 or 1b*	\$0
THEREMS ORAL TABLET	2	\$0
tm-daily vite oral tablet	2	\$0
true daily vite oral tablet	1 or 1b*	\$0
true multivitamin oral tablet	2	\$0
vit e-vit c-beta carotene oral tablet	1 or 1b*	\$0
vitalee oral tablet	1 or 1b*	\$0
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION		
VITAMINAS CON LIPOTRÓPICOS		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET	2	\$0
b complex (lipotropics) oral tablet	1 or 1b*	\$0
b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet	1 or 1b*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
balance b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
balanced b-50 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
complex b-100-inositol oral tablet extended release	2	\$0
CVS BALANCED B50 ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
cvs inner ear plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
ear health formula oral tablet	1 or 1b*	\$0
ear health plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
LIPO FLAVONOID PLUS ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
LIPOFLAVOVIT ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
LIPOTRIAD ORAL TABLET	2	\$0
mega multiple/chelated mineral oral tablet	1 or 1b*	\$0
nat-rul b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
risanoid plus oral tablet	1 or 1b*	\$0
ultra b-100 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
VITAMINAS DEL COMPLEJO B		
ALLBEE/C ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
b complex 100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet	1 or 1b*	\$0
b complex-b12 oral tablet	1 or 1b*	\$0
b complex-c oral tablet	1 or 1b*	\$0
b complex-c-biotin-e-fa oral tablet	2	\$0
b complex-c-folic acid oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-100 b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-100 complex cr oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
b-100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
b-50 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
balance b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
balanced b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
balanced b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
balanced b-50/fa oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-compleet-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-compleet-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex (folic acid) oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex plus b-12 oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex/b-12 oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex/electrolytes oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	1 or 1b*	\$0
b-complex-c oral tablet	1 or 1b*	\$0
better b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
BIG 100 (BIOTIN) ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
BIG 100 ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
complex b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
complex b-50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
cvs b complex plus c oral tablet	1 or 1b*	\$0
cvs super b complex/c oral tablet	1 or 1b*	\$0
DIALYVITE 800 ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
ENDUR-B ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	1 or 1b*	\$0
eql b complex 50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
eql b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
eql super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
full spectrum b/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
gnp b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
gnp b-50 complex oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
kobee oral tablet	1 or 1b*	\$0
kp b complex-c oral tablet	1 or 1b*	\$0
nephro vitamins oral tablet	1 or 1b*	\$0
NEPHRO-VITE ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
qc b50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
qc b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
quin b strong b-25 oral tablet	1 or 1b*	\$0
ra balanced b-100 cr oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
ra balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
ra balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
ra balanced b-50 tr oral tablet extended release	1 or 1b*	\$0
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*	\$0
renal vitamin oral tablet	1 or 1b*	\$0
rena-vite oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b super vitamin complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b100 complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm b-complex/vitamin c oral tablet	2	\$0
sm super b complex/c oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress formula (folic acid) oral tablet	1 or 1b*	\$0
super b complex/fa/vit c oral tablet	1 or 1b*	\$0
super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
super b-complex + vitamin c oral tablet	1 or 1b*	\$0
super b-complex oral tablet	1 or 1b*	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
super b-complex/vit c/fa oral tablet	1 or 1b*	\$0
SUPER DEC B-100 ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
SUPER QINTS B-50 ORAL TABLET	1 or 1b*	\$0
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	1 or 1b*	\$0
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*	\$0
yl balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*	\$0
VITAMINAS MÚLTIPLES CON HIERRO		
daily vite multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
multivitamin plus iron adult oral tablet	1 or 1b*	\$0
multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
nat-rul daily-vite+iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
one daily multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
one-daily/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
qc daily multivitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
sm multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress b complex/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
stress formula/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
tab-a-vite/iron oral tablet	1 or 1b*	\$0
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	2	\$0
VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES Y CALCIO-ÁCIDO FÓLICO		
FOLGARD OS ORAL TABLET	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES Y FLUORURO-HIERRO-ÁCIDO FÓLICO		
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE	3	
VITAMINAS MÚLTIPLES CON MINERALES		
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT ORAL TABLET	2	
alive daily energy oral tablet	2	
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL CAPSULE	2	
CENTRUM MINIS WOMEN IMMUNE SUP ORAL TABLET	2	
folaprime oral tablet	3	
gnp century adult oral tablet	2	
thera-vite max-m oral tablet	2	
VITAMINAS PEDIÁTRICAS		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE	3	
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE	3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION	3	
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	3	
multivitamin w/fluoride oral tablet chewable	1 or 1b*	\$0
multivitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
multi-vitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 1 mg	2	\$0
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.5 mg	2	
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution	1 or 1b*	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION	3	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE	3	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE	3	
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	3	
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION 0.25 MG/ML	3	
tri-vi-floro oral suspension	3	
tri-vite/fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION	3	
vitamins acd-fluoride oral solution	1 or 1b*	\$0
VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION	3	
VITAMINAS PRENATALES		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE	2	QL
ATABEX OB ORAL TABLET	2	QL
azesco oral tablet	3	ST; QL
CITRANATAL 90 DHA ORAL 90-1 & 300 MG	3	ST; QL
CITRANATAL ASSURE ORAL 35-1 & 300 MG	3	ST; QL
CITRANATAL B-CALM ORAL	2	QL
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE 27-1-260 MG	3	QL
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE	3	ST; QL
classic prenatal oral tablet	2	\$0; QL
c-nate dha oral capsule	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
complete natal dha oral 29-1-200 & 200 mg	2	QL
completenate oral tablet chewable	2	QL
CO-NATAL FA ORAL TABLET	2	QL
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE	2	QL
CONCEPT OB ORAL CAPSULE	2	QL
cvs prenatal oral tablet 27-0.8 mg	2	ST; \$0; QL
ELITE-OB ORAL TABLET	1 or 1b*	QL
ENBRACE HR ORAL CAPSULE	3	ST; QL
ENFAMIL EXPECTA ORAL	2	\$0; QL
eql prenatal formula oral tablet	2	\$0; QL
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE 85-1 MG	2	QL
gnp prenatal oral tablet	2	\$0; QL
INATAL GT ORAL TABLET	1 or 1b*	QL
jenliva prenatal/postnatal oral capsule	3	ST; QL
kosher prenatal plus iron oral tablet	3	ST; QL
kp prenatal multivitamins oral tablet	2	\$0; QL
kpn prenatal oral tablet	2	\$0; QL
masonatal oral tablet	2	\$0; QL
m-natal plus oral tablet	2	QL
multi prenatal oral tablet	2	ST; \$0; QL
natal pnv oral tablet	3	ST; QL
NATALVIT ORAL TABLET	2	QL
NEEVO DHA ORAL CAPSULE 27-1.13 MG	3	ST; QL
neonatal complete oral tablet 27-1 mg	3	ST; QL
NEONATAL PLUS ORAL TABLET	3	QL
neonatal prenatal oral tablet	2	\$0; QL
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET	2	ST; \$0; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
NESTABS DHA ORAL	3	ST; QL
NESTABS ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
NESTABS ORAL TABLET	3	ST; QL
NIVA-PLUS ORAL TABLET	2	QL
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
OB COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET	3	ST; QL
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
one vite womens oral tablet	2	ST; \$0; QL
one vite womens plus oral tablet	2	QL
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL	2	\$0; QL
pnv prenatal plus multivit+dha oral	2	QL
pnv tabs 20-1 oral tablet	3	ST; QL
pnv-dha oral capsule	1 or 1b*	QL
pnv-dha+docusate oral capsule	3	ST; QL
pnv-omega oral capsule	3	ST; QL
pnv-select oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
pregen dha oral capsule	3	ST; QL
pregenna oral tablet	3	ST; QL
PREMESISRX ORAL TABLET	3	ST; QL
prena 1 true oral	2	QL
prena1 oral tablet chewable	3	ST; QL
prena1 pearl oral capsule extended release	3	ST; QL
prenaissance oral capsule	3	ST; QL
prenaissance plus oral capsule	3	ST; QL
prenatal (w/iron & fa) oral tablet	2	ST; \$0; QL
prenatal 19 oral tablet 29-1 mg	2	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
prenatal 19 oral tablet chewable	1 or 1a*	QL
prenatal 19 oral tablet chewable 29-1 mg	2	QL
prenatal complete oral tablet	2	ST; \$0; QL
prenatal forte oral tablet	2	ST; \$0; QL
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL	2	\$0; QL
prenatal one daily oral tablet	2	ST; \$0; QL
prenatal oral tablet 27-0.8 mg	2	ST; \$0; QL
prenatal oral tablet 27-1 mg	2	QL
prenatal oral tablet 28-0.8 mg	2	\$0; QL
prenatal plus oral tablet	2	QL
prenatal plus vitamin/mineral oral tablet	2	QL
prenatal vitamin and mineral oral tablet	2	\$0; QL
prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg	2	\$0; QL
prenatal/iron oral tablet	2	ST; \$0; QL
prenatal/iron oral tablet 28-0.8 mg	2	\$0; QL
PRENATAL-U ORAL CAPSULE	2	QL
PRENATE AM ORAL TABLET	3	ST; QL
PRENATE DHA ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-300 MG	3	ST; QL
PRENATE ELITE ORAL TABLET 20-0.6-0.4 MG	3	ST; QL
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-300 MG	3	ST; QL
PRENATE MINI ORAL CAPSULE 18-0.6-0.4-350 MG	3	ST; QL
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE	3	ST; QL
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PRENATRIX ORAL TABLET	3	ST; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRENATRYL ORAL TABLET	3	ST; QL
PRIMACARE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
PROVIDA OB ORAL CAPSULE	2	QL
qc prenatal oral tablet	2	\$0; QL
ra prenatal formula oral tablet	2	\$0; QL
ra prenatal oral tablet	2	\$0; QL
relnate dha oral capsule	3	ST; QL
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG	3	ST; QL
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL
SELECT-OB+DHA ORAL	3	ST; QL
se-natal 19 oral tablet	2	QL
se-natal 19 oral tablet chewable	2	QL
sm one daily prenatal oral	2	\$0; QL
sm prenatal vitamins oral tablet	2	\$0; QL
TARON-C DHA ORAL CAPSULE 35-1 MG	2	QL
thrivite rx oral tablet	2	ST; QL
TRICARE ORAL TABLET	2	QL
trinatal rx 1 oral tablet	2	QL
TRINATE ORAL TABLET	1 or 1a*	QL
tristar dha oral capsule	3	ST; QL
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL
VITAFOL STRIPS ORAL FILM	2	ST; QL
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAFOL-OB ORAL TABLET	3	ST; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VITAFOL-OB+DHA ORAL	3	ST; QL
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE	3	ST; QL
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET	3	ST; QL
VITATRUE ORAL	3	ST; QL
VIVA DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL
wesnatal dha complete oral	2	QL
westab plus oral tablet	2	QL
westgel dha oral capsule	3	ST; QL
zalvit oral tablet	3	ST; QL
ziphex oral tablet	3	ST; QL
NUTRIENTES		
AMINOÁCIDOS SIMPLES		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CARBOHIDRATOS		
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	1 or 1b*	
dextrose intravenous solution 20 %, 30 %, 40 %	3	
COMBINACIONES DE LIPOPOTRÓPICOS		
lecithin oral granules	3	
LÍPIDOS		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID	4	PA; LD; QL; SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION	3	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION	3	
MEZCLAS DE AMINOÁCIDOS		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	3	
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clinimix e/dextrose (8/10) intravenous solution	3	
clinimix e/dextrose (8/14) intravenous solution	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution	3	
clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution	3	
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	3	
PROTEÍNA-CARBOHIDRATO-LÍPIDO CON COMBINACIONES DE ELECTROLITOS		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION 3.3-10.8-3.9 %	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION	3	
SUSTANCIAS NUTRICIONALES VARIAS		
asian ginseng oral capsule	2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250 MG	2	
OXITÓCICOS		
ABORTIFACIENTES/MA DURACIÓN CERVICAL - PROSTAGLANDINAS		
carboprost tromethamine intramuscular solution	1 or 1b*	
carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe	3	
CERVIDIL VAGINAL INSERT	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL	3	
OXITÓCICOS		
METHERGINE ORAL TABLET	1 or 1b*	
methylergonovine maleate injection solution	1 or 1b*	
methylergonovine maleate oral tablet	1 or 1b*	
oxytocin injection solution	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION	3	
PENICILINAS		
AMINOPENICILINAS		
amoxicillin oral capsule	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml	3	
amoxicillin oral tablet	1 or 1a*	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	1 or 1a*	
ampicillin oral capsule 500 mg	1 or 1a*	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg	1 or 1b*	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
COMBINACIONES DE PENICILINA		
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	1 or 1b*	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125-31.25 MG/5ML	2	
AUGMENTIN ORAL TABLET 500-125 MG	3	
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 (1-0.5) GM, 3 (2-1) GM	3	
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 15 (10-5) GM	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
PENICILINAS NATURALES		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
LETOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml	3	
penicillin g potassium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin g sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin v potassium oral solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin v potassium oral tablet	1 or 1b*	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1b*	
PENICILINAS RESISTENTES A LA PENICILINASA		
dicloxacillin sodium oral capsule	1 or 1b*	
nafcillin sodium in dextrose intravenous solution 2 gm/100ml	3	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	1 or 1b*	
oxacillin sodium in dextrose intravenous solution 2 gm/50ml	3	
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PRODUCTOS BIOLÓGICOS VARIOS		
EXTRACTOS ALERGÉNICOS MIXTOS		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL	3	PA; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRODUCTOS DE DIAGNÓSTICO					
ANÁLISIS DE DIAGNÓSTICO					
ACCU TREND GLUCOSE IN VITRO STRIP	2	QL	PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10500-35500 UNIT, 16800-56800 UNIT, 21000-54700 UNIT, 2600-8800 UNIT, 37000-97300 UNIT, 4200-14200 UNIT	3	ST; QL
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP	2	QL	PERTZYME ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	3	ST; QL
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP	2	QL	SUCRAID ORAL SOLUTION	4	PA; LD; QL
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP	2	QL	VIOKACE ORAL TABLET	2	QL
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP	2	QL	ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	2	QL
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP	2	QL	PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS		
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP	2	QL	*CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)***		
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP	2	QL	NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE	2	QL
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP	2	QL	QULIPTA ORAL TABLET	2	QL
PRODUCTOS DIETARIOS/PRODUCTOS DE CONTROL DIETARIO			UBRELVY ORAL TABLET	2	QL
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES			AGONISTAS SELECTIVOS DE SEROTONINA 5-HT(1)		
KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2 ENTERAL LIQUID	2		almotriptan malate oral tablet	1 or 1b*	QL
KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8 ENTERAL LIQUID	2		eletriptan hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	QL
NEOCATE SYNEO JUNIOR ORAL POWDER	2		frovatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL
PRODUCTOS DIGESTIVOS			naratriptan hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
ENZIMAS DIGESTIVAS			rizatriptan benzoate oral tablet	1 or 1b*	QL
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES	2	QL	rizatriptan benzoate oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
			sumatriptan nasal solution	1 or 1b*	QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
sumatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	QL
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	QL
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL
zolmitriptan nasal solution 5 mg	1 or 1b*	ST; QL
zolmitriptan oral tablet	1 or 1b*	QL
zolmitriptan oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL
ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DEL PÉPTIDO RELACIONADO CON EL GEN DE LA CALCITONINA (CGRP)		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	3	QL
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	QL
COMBINACIONES DE ERGOTAMINA		
ergotamine-caffeine oral tablet	1 or 1b*	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY	1 or 1b*	
PRODUCTOS PARA TRATAR LAS MIGRAÑAS		
dihydroergotamine mesylate injection solution	1 or 1b*	PA; QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PRODUCTOS VAGINALES		
*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS***		
PHEXXI VAGINAL GEL	3	
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
CLEOCIN VAGINAL CREAM	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM	3	
metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL	3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL	3	PA; QL
ANTIMICÓTICOS RELACIONADOS CON EL IMIDAZOL		
eq miconazole 3-day combo vaginal kit	1 or 1b*	
eq miconazole 7 vaginal cream	1 or 1b*	
ft miconazole 3 comb pack-supp vaginal kit	1 or 1b*	
ft miconazole 3 combo pack vaginal kit	1 or 1b*	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM	3	
miconazole 3 vaginal suppository	1 or 1b*	
terconazole vaginal cream	1 or 1b*	QL
terconazole vaginal suppository	1 or 1b*	QL
ESPERMICIDAS		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY	2	\$0
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL	2	\$0

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TODAY SPONGE VAGINAL	2	\$0
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM	2	\$0
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL	2	\$0
ESTRÓGENOS Vaginales		
estradiol vaginal cream	1 or 1b*	QL
estradiol vaginal tablet	1 or 1b*	QL
PREMARIN VAGINAL CREAM	2	QL
YUVAFEM VAGINAL TABLET	1 or 1b*	QL
PRODUCTOS Vaginales varios		
INTRAROSA VAGINAL INSERT	3	ST; QL
PROGESTINAS Vaginales		
CRINONE VAGINAL GEL 4 %	4	SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 %	4	PA; QL; SP
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT	3	PA
PROGESTINAS		
PROGESTINAS		
medroxyprogesterone acetate oral tablet	1 or 1a*	QL
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	1 or 1b*	
norethindrone acetate oral tablet	1 or 1b*	
progesterone intramuscular oil	1 or 1b*	
progesterone oral capsule	1 or 1b*	QL
PROVERA ORAL TABLET	3	QL
SULFONAMIDAS		
SULFONAMIDAS		
sulfadiazine oral tablet	1 or 1b*	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TDAH/ANTINARCOLEPSIA/ANTIOBÉSICOS/ANOREXÍGENOS		
*ANTI-OBESITY - GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS***		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	2	PA; BE; QL
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)***		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG	3	PA; QL
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG	3	PA; DO
*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS***		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG	4	PA; LD; QL; SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG	4	PA; LD; DO; SP
*MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS***		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; BE; QL
*STIMULANT COMBINATIONS***		
AZSTARYS ORAL CAPSULE	3	PA; QL
AGENTE PARA EL TDAH - INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE NORADRENALINA		
atomoxetine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA
AGENTE PARA EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH) - AGONISTAS ADRENÉRGICOS ALFA SELECTIVOS		
clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA
ANALÉPTICOS		
caffeine citrate intravenous solution	3	
caffeine citrate oral solution	1 or 1b*	
DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ANFETAMINAS		
amphetamine sulfate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL
amphetamine sulfate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	PA; QL
dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dextroamphetamine sulfate oral solution	1 or 1b*	PA; QL
dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL
dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	1 or 1b*	PA; QL
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
PROCENTRA ORAL SOLUTION	1 or 1b*	PA; QL
ZENZEDI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 7.5 MG	1 or 1b*	PA; QL
ZENZEDI ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG	1 or 1b*	PA; DO

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
ANOREXÍGENOS NO ANFETAMÍNICOS		
ADIPEX-P ORAL TABLET	3	PA; BE; QL
benzphetamine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	PA; BE; QL
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; BE; QL
diethylpropion hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL
LOMAIRA ORAL TABLET	3	PA; BE; QL
phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour	3	PA; BE; QL
phendimetrazine tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL
phentermine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL
phentermine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL
ANTIOBÉSICOS - AGONISTAS DEL RECEPTOR DE GLP-1		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	PA; BE; QL
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	2	PA; BE; QL
ESTIMULANTES VARIOS		
armodafinil oral tablet	1 or 1b*	PA; QL
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	ST; DO
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	ST; QL
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg	1 or 1b*	PA; QL
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
dexamethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg, 54 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg, 72 mg	1 or 1b*	ST; QL
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL
methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr	1 or 1b*	ST; QL
modafinil oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; DO
modafinil oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; QL
INHIBIDORES DE LA LIPASA		
orlistat oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL
MEZCLAS DE ANFETAMINAS		
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; DO
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL
amphet-dextroamphet 3-bead oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL
TETRACICLINAS		
*GLYCYLCYCLINES***		
tigecycline intravenous solution reconstituted	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
AMINOMETICICLINAS		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	3	PA; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
FLUOROCICLINAS		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TETRACICLINAS		
demeclocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	1 or 1b*	QL
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL
doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg	3	ST
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
minocycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL
minocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	QL
MONDOXYNE NL ORAL CAPSULE 100 MG	1 or 1b*	QL
TARGADOX ORAL TABLET	1 or 1b*	QL
tetracycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
TOXOIDES		
COMBINACIONES DE TOXOIDES		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	3	\$0
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	3	\$0
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	3	\$0
tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension	3	\$0
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VACUNAS		
COMBINACIONES DE VACUNAS VIRALES		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
VACUNAS BACTERIANAS		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
bcg vaccine injection solution reconstituted	3	\$0
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	3	\$0
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	2	
VACUNAS VIRALES		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0; QL
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	\$0
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; AL; \$0; QL	GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0	GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3		HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	3	\$0
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	3	\$0	HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0	IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	IPOVINE INJECTION INJECTABLE	3	\$0
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL	JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	\$0
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0; QL
FLULALVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/0.3ML	2	\$0
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension 3 mcg/0.3ml	2	\$0
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION	2	\$0; QL	PREHEVBRIOS INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3	\$0
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0; QL	RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	3	\$0
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	\$0
ROTARIX ORAL SUSPENSION	3	\$0
ROTATEQ ORAL SOLUTION	3	\$0
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	3	\$0
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	2	\$0
stamaril injection suspension reconstituted	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 50 UNIT/ML	3	\$0
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	\$0
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	3	
VASOPRESORES		
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA		
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR	2	QL
epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*	
epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT	3	

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (NOH) - AGENTES		
droxidopa oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL; SP
VASOPRESORES		
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
ephedrine sulfate (pressors) intravenous solution	3	
epinephrine injection solution 10 mg/10ml	3	
epinephrine intravenous solution prefilled syringe 1 mg/10ml	3	
epinephrine pf injection solution	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION	3	
IMMPHENТИV INTRAVENOUS SOLUTION	3	
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION	3	
midodrine hcl oral tablet	1 or 1b*	
phenylephrine hcl (pressors) intravenous solution 10 mg/ml	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION 47 MG/10ML	3	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION	3	
VITAMINAS		
VITAMINA A		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	3	
VITAMINA B		
thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	
VITAMINA C		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION	3	
VITAMINA D		
DRISDOL ORAL CAPSULE	3	
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
true vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)	1 or 1b*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
VITAMINA K		
phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	1 or 1b*	
phytonadione oral tablet	1 or 1b*	
vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	1 or 1b*	

* Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.

En vigencia desde el 01/01/2025

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

Encontrarás la lista de medicamentos y los detalles más actualizados sobre tus beneficios. Si tienes alguna pregunta, estamos aquí para ayudarte.

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

Usuarios con problemas de habla o audición (TDD/TTY):

Llamar al 1-800-221-6915, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5 p. m., hora del Este.



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

Rev. 3/19

Get help in your language

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

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

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

Spanish

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

Chinese

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

Vietnamese

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

Korean

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

Tagalog

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

Russian

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

Arabic

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

Armenian

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

Farsi

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

French

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

Japanese

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

Haitian

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

Italian

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

Polish

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

Punjabi

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

Navajo

Bee ná ahóótí' t'áá ni nizaad k'ehjí niká a'doowoít'áá jiik'e. Naaltsoos bee atah nílinígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí bccésh bee hane'i bikáá' áají' hodíílnih. Naaltsoos bee atah nílinígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí bccésh bee hane'i bikáá' áají' hodíílnih. (TTY/TDD: 711)

It's important we treat you fairly

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