Lista Nacional Directa Más de Medicamentos

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de tres niveles

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

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

Algunas cosas para recordar:

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

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

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

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

Lista Nacional Directa Más de Medicamentos

tres niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION 4
***ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 13
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS** 16
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 17
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 17
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 17
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 21
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 23
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 27
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS** 28
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 29
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART** 29
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 29
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 30
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 31
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 35
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 37
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 41
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 45
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 50
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 50
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 52
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 54
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 56
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 57
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 59
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 64
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 67
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 68
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 68
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 69
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 92
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 94
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS** 98
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 98
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 104
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 106
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 109
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 109
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 112
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 114
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 121
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 123
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 124
DIAGNOSTIC PRODUCTS 136
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 137
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART** 137
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES** 138
***ESTROGENS* - HORMONES** 147
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 148
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH** 149
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 152
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 153
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 155
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD** 155
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 161
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 164
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 166

***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH** 167
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 171
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 172
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT** 173
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 195
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION** 196
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS** 200
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 205
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 206
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 216
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 218
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 219
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 220
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 221
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 229
***OXYTOCICS* - HORMONES** 230
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 230
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 232
***PROGESTINS* - HORMONES** 233
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 233
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 241
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 242
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 242
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 243
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 244
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 244
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 247
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 248
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 251
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 252
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 253

Lista Nacional Directa Más de Medicamentos: sección informative

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"**Quimioterapia oral (AO**)" A pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares ($ 200) por una receta individual de hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

Los "costos de **bolsillo**" son copagos, coseguros y el deducible aplicable, más todos los costos de los servicios de atención médica que no están cubiertos por el plan de salud.

"**Proveedor de prescripción**" es un proveedor de atención médica autorizado para escribir una receta para tratar una afección médica para un afiliado al plan de salud.

"**Receta**" es una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor que receta para un afiliado específico que contiene el nombre del medicamento recetado, la cantidad del medicamento recetado, la fecha de emisión, el nombre y la información de contacto del proveedor que prescribe, la firma del proveedor que prescribe si la receta es por escrito y si el afiliado lo solicita, La condición médica o el propósito para el cual se prescribe el medicamento.

"Medicamento recetado" es un medicamento recetado por el proveedor de recetas del afiliado y requiere una receta según la ley aplicable.

"**Autorización previa (PA)**" es el requisito de un plan de salud de que el afiliado o el proveedor de recetas del afiliado obtengan la autorización del plan de salud para un medicamento recetado antes de que el plan de salud cubra el medicamento. El plan de salud otorgará una autorización previa cuando sea médicamente necesario que el afiliado obtenga el medicamento.

"Límite de cantidad **(QL)**" significa una restricción en el número de dosis de un medicamento recetado cubierto por un producto de seguro de salud durante un período de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.

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

La "**terapia escalonada (ST)**" es un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicamentos recetados para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede requerir que el afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar la afección médica del afiliado antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección de conformidad con una solicitud de terapia escalonada.

"Suscriptor" significa la persona que es responsable del pago a un plan o cuyo empleo u otra condición, excepto por dependencia familiar, es la base para la elegibilidad para la membresía en el plan.

Preguntas frecuentes

¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos por mis beneficios?
Esta es una lista completa de todos los medicamentos en la lista de medicamentos. Sin embargo, es posible que un medicamento (s) en esta lista no esté cubierto, dependiendo del diseño de su plan.

Su beneficio de farmacia cubre medicamentos recetados, incluidos los medicamentos especializados, que pueden administrarse como parte de una visita al médico, una visita de atención domiciliaria o en un centro ambulatorio cuando son servicios cubiertos. Los beneficios que se le administran en el consultorio de su proveedor generalmente están cubiertos por su beneficio médico. Esto puede incluir medicamentos para terapia de infusión, quimioterapia, productos sanguíneos, ciertos inyectables y cualquier medicamento que deba ser administrado por un proveedor.

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?
(A) Un medicamento recetado puede localizarse buscando la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece el medicamento o el nombre de la marca o el nombre ***genérico*** del medicamento en el índice alfabético; y
(B) Si un equivalente genérico para un medicamento de nombre de marca no está disponible en el mercado o no está cubierto, el medicamento no se enumerará por separado por su nombre ***genérico***.

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

- Nombre del medicamento, usando Ctrl + F en su teclado, luego escriba el nombre del medicamento que está buscando.
- Clase de fármaco, utilizando las categorías enumeradas en orden alfabético.

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

PSEUDOBULBAR AFFECT (PBA) AGENTS, NMDA ANTAGONISTS TYPE - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (***dextromethorphan***)

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

AMINOPENICILLIN ANTIBIOTIC - ANTIBIOTICS
amoxicillin oral capsule

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

levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia 28 Oral Tablet)

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

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

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

Los miembros actuales de Anthem pueden obtener más información iniciando sesión en anthem.com/ca y elegir Prescription Benefits o llamando al 833-203-1739. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

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

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

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

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

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

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

¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?
Los medicamentos en la lista se revisan a través de nuestro proceso de Farmacia y Terapéutica (P&T). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de la salud independientes deciden qué medicamentos incluimos en nuestras listas. Este grupo se reúne regularmente para analizar medicamentos nuevos y existentes y recomienda medicamentos en función de cuán seguros son, qué tan bien funcionan y el valor que ofrecen a nuestros miembros.

¿Qué es un medicamento especializado y cómo puedo obtenerlo?
Si está tomando un medicamento que se considera un medicamento especializado, es posible que deba usar una farmacia especializada para su medicamento para ser cubierto. Los medicamentos especializados vienen en muchas formas, como píldoras, líquidos, inyecciones (inyecciones), infusiones o inhaladores, y pueden necesitar almacenamiento y manejo especiales. Por lo general, los beneficios para medicamentos especializados que se autoadministran estarán cubiertos por el beneficio de farmacia. Los beneficios para medicamentos especializados que se le administran en el consultorio de su proveedor generalmente están cubiertos por su beneficio médico. Si usa farmacias que no están en la red, es posible que su medicamento no esté cubierto y que tenga que pagar el costo total. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Cambia la lista de medicamentos y cómo sabré si lo hace?
Los medicamentos en nuestra lista se revisan y actualizan mensualmente. A veces, los medicamentos se agregan, eliminan, cambian de nivel o tienen requisitos actualizados. Los cambios generalmente entrarán en vigencia el primer día del mes. Pero no se preocupe, le informaremos si un medicamento que toma se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que toma se mueve a un nivel superior.

Siempre puede revisar la lista de medicamentos para asegurarse de que los medicamentos que toma todavía estén en ella. Encontrará la lista de medicamentos más actualizada cuando inicie sesión en anthem.com/ca.

¿Qué tipo de medicamentos puedo encontrar en el formulario?
Cubrimos medicamentos de atención preventiva aprobados por la FDA con costo compartido cero en cumplimiento con la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y las regulaciones estatales de California. Es posible que su médico deba escribir una receta para que estos servicios preventivos estén cubiertos por su plan, incluso si figuran como de venta libre. La disponibilidad o cobertura de estos medicamentos sin costo compartido puede estar sujeta a criterios establecidos por el plan de salud.

Cubrimos equipos y suministros aprobados por la FDA para el manejo y tratamiento de la diabetes que usa insulina, la diabetes que no usa insulina y la diabetes gestacional según sea médicamente necesario. La medicación abarca insulina, bombas de insulina y agentes hipoglucemiantes orales. Los suministros y equipos cubiertos se limitan a monitores de glucosa, tiras reactivas, jeringas y lancetas. Los beneficios cubiertos también incluyen el autocontrol ambulatorio y los servicios educativos utilizados para tratar la diabetes si los servicios se proporcionan a través de un programa autorizado por el Proyecto de Control de la Diabetes del Estado dentro de la Oficina de Salud.

¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?
Colocamos los medicamentos en diferentes niveles según lo bien que funcionan para mejorar la salud, si hay opciones de venta libre (OTC) y sus costos en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Cuanto más bajo sea el nivel, menor será su parte del costo. Aquí hay un desglose de los niveles en su plan:

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

¿Cómo sabré si mi medicamento está cubierto y cuánto me costará?
A través de Internet, con la herramienta Precios de medicamentos, puede obtener información sobre la cobertura y los precios de los medicamentos de una serie de farmacias minoristas de su código postal.

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

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

Nuestros programas de edición clínica son:

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

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

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

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

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

Algunas notas más sobre el proceso de excepción:

- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una solicitud no urgente y las 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podemos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.

- No se preocupe, si ha cambiado de póliza, no le pediremos que repita una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya se esté utilizando para tratar una afección médica, siempre que el medicamento aún se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz.

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

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

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

Anthem

Panorama de la legislación de California

Cal. Code Regs. tit. 28 § 1300.67.205 - Plantilla estándar de formulario de medicamentos recetados

Las siguientes normas son normas mínimas y, a menos que se indique lo contrario, se aplican a todos los formularios de planes de salud sujetos a la sección 1367.205 del Código de Salud y Seguridad. Un plan de salud puede implementar disposiciones adicionales que excedan estos requisitos.

(d) Sección informativa. La sección informativa del formulario incluirá todo lo siguiente:

(11) Aviso de que el plan de salud cubrirá los medicamentos no incluidos en el formulario cuando sean médicamente necesarios y una descripción detallada del proceso para solicitar la cobertura de un medicamento no incluido en el formulario. Sujeto a la excepción de la subdivisión (k) de la sección 1367.24 del Código de Salud y Seguridad, la descripción indicará que:

(A) el plan de salud notificará a la persona inscrita o a la persona que ésta designe y al proveedor de la persona inscrita que receta el medicamento su determinación de cobertura en un plazo de 24 horas a partir de la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes y en un plazo de 72 horas a partir de la recepción de todas las demás solicitudes;

(B) el plan de salud proporcionará cobertura en virtud de una solicitud no urgente mientras dure la prescripción, incluidas las reposiciones; y

(C) el plan de salud proporcionará cobertura, incluidas las renovaciones, en virtud de una solicitud basada en circunstancias apremiantes durante el tiempo que dure la urgencia. En la descripción también se indicará que el afiliado puede presentar una queja o reclamación, de conformidad con el artículo 1368 del Código de Salud y Seguridad, en relación con la denegación de una solicitud de cobertura y que los documentos de cobertura proporcionan información sobre los derechos y procedimientos de apelación.

(12) Instrucciones sobre cómo localizar y surtir una receta a través de una farmacia minorista de la red, una farmacia de pedidos por correo y una farmacia especializada, según corresponda.

(13) Una descripción detallada del proceso para solicitar autorización previa o una excepción de terapia escalonada. Sujeto a las excepciones de la subdivisión (b) de la sección 1367.241 del Código de Salud y Seguridad, la descripción indicará que si un plan de salud no responde a una solicitud completa de autorización previa o terapia escalonada dentro de las 72 horas de haber recibido una solicitud no urgente y 24 horas de haber recibido una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considerará concedida.

(14) Notificación de los derechos de un afiliado a la terapia escalonada según lo dispuesto en la subdivisión (d)(2) de la Regla 1300.67.24.

(15) Notificación conforme a la sección 1367.22 del Código de Salud y Seguridad de que un plan de salud no puede limitar o excluir la cobertura de un medicamento si el plan de salud aprobó previamente la cobertura del medicamento para la afección médica del inscrito y el proveedor que lo prescribe sigue prescribiendo el medicamento para la afección médica, siempre que el medicamento se prescriba adecuadamente y sea seguro y eficaz para tratar la afección médica del inscrito.

Anthem

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

Los medicamentos con nombre de marca están en MAYÚSCULAS, tipo simple.
Los medicamentos genéricos están en minúsculas, en cursiva en negrita.

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

tres niveles

CURRENT AS OF 1/1/2025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (1 tablet per 1 day)
procentra oral solution	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
zenzedi oral tablet 10 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
zenzedi oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
zenzedi oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ANALEPTICS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
caffeine citrate intravenous solution	3	
caffeine citrate oral solution	1 or 1b*	
DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION (***doxapram hcl***)	3	
ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADIPEX-P ORAL TABLET (***phentermine hcl***)	3	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
benzphetamine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
diethylpropion hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
LOMAIRA ORAL TABLET (***phentermine hcl***)	3	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
phendimetrazine tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (6 tablets per 1 day)
phentermine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
phentermine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
ANTI-OBESITY - GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tirzepatide-weight management***)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***liraglutide - weight management***)	3	PA; BE; QL (3 mg per 1 day)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***semaglutide-weight management***)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS) - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG (***solriamfetol hcl***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG (***solriamfetol hcl***)	3	PA; DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (***pitolisant hcl***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (***pitolisant hcl***)	3	PA; LD; DO; SP
LIPASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
orlistat oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)
MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION (***setmelanotide acetate***)	3	PA; LD; BE; QL (9 vials per 30 days)
STIMULANT COMBINATIONS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
AZSTARYS ORAL CAPSULE (***serdexmethylphen-dexmethylphen***)	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
STIMULANTS - MISC. - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
armodafinil oral tablet 50 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	ST; DO
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 capsule per 1 day)
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr	1 or 1b*	ST; QL (1 patch per 1 day)
modafinil oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; DO
modafinil oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS**		
ALLERGENIC EXTRACTS - BIOLOGICAL AGENTS**		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***timothy grass pollen allergen***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***short ragweed pollen ext***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
MIXED ALLERGENIC EXTRACTS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***dust mite mixed allergen ext***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***grass mix pollens allergen ext***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMEBICIDES - DRUGS FOR PARASITES**		
SOLOSEC ORAL PACKET (***secnidazole***)	3	PA; QL (2 grams per 1 fill)
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOGLYCOSIDES - ANTIBIOTICS**		
amikacin sulfate injection solution	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION (***amikacin sulfate liposome***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (***tobramycin***)	3	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
gentamicin in saline intravenous solution	1 or 1b*	
gentamicin sulfate injection solution	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE (***paromomycin sulfate***)	3	PA
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (***tobramycin***)	3	LD; QL (224 capsules per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml	1 or 1b*	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	1 or 1b*	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (***plazomicin sulfate***)	3	
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (***upadacitinib***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (***upadacitinib***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (***upadacitinib***)	3	PA; LD; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (***tofacitinib citrate***)	3	PA; LD; QL (10 ML per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (***tofacitinib citrate***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***tofacitinib citrate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***methotrexate (anti-rheumatic)***)	3	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapys); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (***golimumab***)	3	PA; LD; SP
CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
celecoxib oral capsule 400 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
GOLD COMPOUNDS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RIDAURA ORAL CAPSULE (***auranofin***)	2	QL (3 capsules per 1 day)
INTERLEUKIN-1 BLOCKERS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***rilonacept***)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (***canakinumab***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION (***ibuprofen-acetaminophen***)	3	
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ANAPROX DS ORAL TABLET (***naproxen sodium***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (***ibuprofen***)	3	
DAYPRO ORAL TABLET (***oxaprozin***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ec-naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
etodolac oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
etodolac oral capsule 300 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
etodolac oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
flurbiprofen oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
flurbiprofen oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
ibu oral tablet	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
ibuprofen lysine intravenous solution	1 or 1b*	
ibuprofen oral suspension	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
indomethacin er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
indomethacin oral capsule 25 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
indomethacin oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
indomethacin sodium intravenous solution reconstituted	3	
ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml	1 or 1b*	QL (4 mL per 30 days)
KETOROLAC TROMETHAMINE INJECTION SOLUTION 30 MG/ML	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine oral tablet	1 or 1a*	QL (20 tablets per 30 days)
LODINE ORAL TABLET (***etodolac***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
meclofenamate sodium oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
mefenamic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (29 capsule per 1 fill)
meloxicam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nabumetone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
nabumetone oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
naproxen dr oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen sodium oral tablet 275 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen sodium oral tablet 550 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (***ibuprofen lysine***)	3	
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
piroxicam oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
sulindac oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
tolmetin sodium oral capsule	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OTEZLA ORAL TABLET (***apremilast***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (***apremilast***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (***apremilast***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ARAVA ORAL TABLET (***leflunomide***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
leflunomide oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANALGESICS OTHER - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
acetaminophen intravenous solution	1 or 1b*	
ANALGESICS-SEDATIVES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
bac oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-acetaminophen oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
tencon oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SALICYLATES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
aspirin 81 oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin 81 oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
aspirin regimen oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bayer low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
bayer low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
diflunisal oral tablet	1 or 1b*	
ecotrin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (***morphine sulfate microinfusion***)	3	
levorphanol tartrate oral tablet 3 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
meperidine hcl injection solution	1 or 1b*	
meperidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
meperidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
METHADONE HCL INJECTION SOLUTION	3	PA; QL (1 mL per 1 day)
methadone hcl intensol oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadone hcl oral concentrate	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadone hcl oral solution	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methadone hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
methadone hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
methadone hcl oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (***methadone hcl***)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
methadose oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE (***methadone hcl***)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
mitigo injection solution	1 or 1b*	
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml	1 or 1b*	
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablet per 1 day)
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1b*	
morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml	3	
morphine sulfate oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
morphine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (***tapentadol hcl***)	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (***tapentadol hcl***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (***tapentadol hcl***)	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (***oliceridine fumarate***)	3	
oxycodone hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
oxycodone hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
oxymorphone hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
oxymorphone hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION (***tramadol hcl***)	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
remifentanil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ROXICODONE ORAL TABLET (***oxycodone hcl***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT (***oxycodone hcl***)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	PA; QL (16 tablets per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***remifentanil hcl***)	3	
OPIOID COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
APADAZ ORAL TABLET (***benzhydrocodone-acetaminophen***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL (6 tablets per 1 day)
endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
endocet oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (30 ML per 1 day)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
OPIOID PARTIAL AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
BELBUCA BUCCAL FILM (***buprenorphine hcl***)	3	PA; QL (2 film per 1 day)
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***buprenorphine***)	3	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***buprenorphine***)	3	LD; QL (1 syringe per 28 days)
buprenorphine hcl injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
buprenorphine transdermal patch weekly	1 or 1b*	PA; QL (1 package per 28 days)
butorphanol tartrate injection solution	1 or 1b*	
butorphanol tartrate nasal solution	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
nalbuphine hcl injection solution	1 or 1b*	QL (2 mL per 1 day)
pentazocine-naloxone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***buprenorphine***)	3	LD; QL (1 syringe per 28 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	2	QL (23 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	2	QL (12 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	2	QL (5 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	2	QL (3 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
TRAMADOL COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
tramadol-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES**		
ANDROGENS - DRUGS FOR MEN**		
danazol oral capsule 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
danazol oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (***testosterone cypionate***)	1 or 1b*	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (***testosterone undecanoate***)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (***testosterone undecanoate***)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NATESTO NASAL GEL (***testosterone***)	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTOPEL IMPLANT PELLET (***testosterone***)	3	PA; LD
testosterone cypionate intramuscular solution	1 or 1b*	PA
testosterone enanthate intramuscular solution	1 or 1b*	PA
testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)	1 or 1b*	PA; QL (1 bottle per 30 days)
testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)	1 or 1b*	PA; QL (1 pump per 30 days)
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)	1 or 1b*	PA; QL (2 bottles per 30 days)
testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)	1 or 1b*	PA; QL (1 packet per 1 day)
testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)	1 or 1b*	PA; QL (2 packet per 1 day)
testosterone transdermal solution	1 or 1b*	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***testosterone enanthate***)	3	PA
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS**		
INTRARECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
budesonide rectal foam 2 mg	1 or 1b*	QL (4.78 gm per 1 day)
budesonide rectal foam 2 mg/act	1 or 1b*	QL (4.78 grams per 1 day)
CORTENEMA RECTAL ENEMA (***hydrocortisone***)	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (***hydrocortisone acetate***)	3	QL (2.15 gram per 1 day)
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
NITRATE VASODILATING AGENTS - RECTAL PREPARATIONS**		
nitroglycerin rectal ointment	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT (***nitroglycerin***)	3	QL (1 unit per 1 day)
RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (***hydrocortisone ace-pramoxine***)	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (***hydrocortisone ace-pramoxine***)	3	
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (***hydrocortisone ace-pramoxine***)	3	
RECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (***hydrocortisone***)	3	
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (***hydrocortisone***)	1 or 1b*	
procto-med hc external cream	1 or 1b*	
proctosol hc external cream	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
proctozone-hc external cream	1 or 1b*	
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR PARASITES**		
albendazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET (***praziquantel***)	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (***mebendazole***)	3	
ivermectin oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
praziquantel oral tablet	1 or 1b*	
STROMECTOL ORAL TABLET (***ivermectin***)	3	QL (9 tablets per 1 fill)
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANTIANGINALS-OTHER - DRUGS FOR ANGINA**		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET (***ranolazine***)	3	PA; QL (2 sachets per 1 day)
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NITRATES - DRUGS FOR ANGINA**		
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET (***isosorbide dinitrate***)	3	
isosorbide dinitrate oral tablet	1 or 1b*	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
isosorbide mononitrate oral tablet	1 or 1b*	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT (***nitroglycerin***)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (***nitroglycerin***)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (***nitroglycerin***)	2	
nitroglycerin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour	1 or 1b*	
nitroglycerin translingual solution	1 or 1b*	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION (***nitroglycerin***)	3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***nitroglycerin***)	3	
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIANXIETY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR ANXIETY**		
buspirone hcl oral tablet	1 or 1b*	
droperidol injection solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
procainamide hcl injection solution	1 or 1b*	
quinidine gluconate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
quinidine sulfate oral tablet	1 or 1a*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml	1 or 1b*	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION	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*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
flecainide acetate oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
propafenone hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE III - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
amiodarone hcl intravenous solution	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (***ibutilide fumarate***)	3	
dofetilide oral capsule	1 or 1b*	LD
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET (***dronedarone hcl***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (***amiodarone hcl in dextrose***)	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ADRENERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL (***albuterol-budesonide***)	2	QL (3 inhalers per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***umeclidinium-vilanterol***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT (***fluticasone furoate-vilanterol***)	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50-25 MCG/INH (***fluticasone furoate-vilanterol***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate (Breyna Inhalation Aerosol)	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (***budeson-glycopyrrol-formoterol***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (***ipratropium-albuterol***)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution	1 or 1b*	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (***tiotropium bromide-olodaterol***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT (***fluticasone-umeclidin-vilant***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT (***fluticasone-umeclidin-vilant***)	2	QL (2 EA per 1 day)
wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
BETA ADRENERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***benralizumab***)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (***benralizumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (***benralizumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weeks); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weeks); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weeks); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (***reslizumab***)	3	PA; LD; SP
LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ACCOLATE ORAL TABLET (***zafirlukast***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
montelukast sodium oral packet	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (***ensifentrine***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 30 days); SP
SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
roflumilast oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
STEROID INHALANTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act	2	QL (1 inhaler per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act	2	QL (4 inhalers per 30 days)
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act	2	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act	2	QL (2 inhalers per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***budesonide***)	2	QL (0.07 EA per 1 day)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (***beclomethasone diprop hfa***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (***beclomethasone diprop hfa***)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tezepelumab-ekko***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tezepelumab-ekko***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
XANTHINES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
aminophylline intravenous solution	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (***theophylline***)	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (***theophylline***)	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (***theophylline***)	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG (***theophylline***)	2	QL (2 capsules per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline oral elixir	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
theophylline oral solution	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
COUMARIN ANTICOAGULANTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
jantoven oral tablet	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DIRECT FACTOR XA INHIBITORS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***apixaban***)	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (***apixaban***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (***apixaban***)	2	QL (74 tablets per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***rivaroxaban***)	2	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (***rivaroxaban***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (***rivaroxaban***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***rivaroxaban***)	2	QL (1 pack per 365 days)
HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
bd heparin posiflush intravenous solution	1 or 1b*	
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	1 or 1b*	
heparin sodium (porcine) injection solution	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	
LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
enoxaparin sodium injection solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML (***dalteparin sodium***)	3	QL (8 mL per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (***dalteparin sodium***)	3	QL (6 vials per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***dalteparin sodium***)	3	QL (30 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***fondaparinux sodium***)	3	QL (30 syringes per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***bivalirudin trifluoroacetate***)	3	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution	1 or 1b*	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT & REVERSIBLE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AMPA GLUTAMATE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION (***perampanel***)	3	QL (24 mL per 1 day)
FYCOMPA ORAL TABLET (***perampanel***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
clobazam oral suspension	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
clobazam oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diazepam rectal gel	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 fill)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG (***clobazam***)	3	QL (2 film strips per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG (***clobazam***)	3	QL (1 film strip per 1 day)
ANTICONVULSANTS - MISC. - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (***eslicarbazepine acetate***)	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (***eslicarbazepine acetate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (***rufinamide***)	3	QL (80 mL per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (***rufinamide***)	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (***rufinamide***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (***brivaracetam***)	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION (***brivaracetam***)	3	QL (20 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BRIVIACT ORAL TABLET (***brivaracetam***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carbamazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
carbamazepine oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable 200 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (***stiripentol***)	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (***stiripentol***)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (***stiripentol***)	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (***stiripentol***)	3	PA; LD; QL (6 packets per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***levetiracetam***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION (***cannabidiol***)	3	PA; LD; SP
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (***fenfluramine hcl***)	3	PA; LD; QL (26 mg per 1 day)
gabapentin oral capsule	1 or 1b*	DO
gabapentin oral solution	1 or 1b*	QL (72 mL per 1 day)
gabapentin oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
gabapentin oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lacosamide intravenous solution	1 or 1b*	
lacosamide oral solution	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
lacosamide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine oral tablet	1 or 1b*	DO
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
levetiracetam intravenous solution	1 or 1b*	
levetiracetam oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
levetiracetam oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	DO
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	DO
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
pregabalin oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
pregabalin oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
primidone oral tablet 125 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 50 MG (***topiramate***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (***topiramate***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG (***topiramate***)	3	DO
roweepra oral tablet	1 or 1b*	DO
rufinamide oral suspension	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
rufinamide oral tablet 200 mg	1 or 1b*	DO
rufinamide oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (***levetiracetam***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (***levetiracetam***)	3	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
subvenite oral tablet	1 or 1b*	DO
subvenite starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
subvenite starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
subvenite starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral capsule sprinkle	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
zonisamide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION (***ganaxolone***)	3	LD; QL (10 bottles per 30 days)
CARBAMATES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
felbamate oral suspension	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
felbamate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cenobamate***)	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cenobamate***)	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (***cenobamate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (***cenobamate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (***cenobamate***)	3	QL (1 pack per 28 days)
GABA MODULATORS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
tiagabine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
vigabatrin oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
vigabatrin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
vigadrone oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
VIGAFYDE ORAL SOLUTION (***vigabatrin***)	3	LD; QL (25 mL per 1 day)
vigabatrin (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REMERON ORAL TABLET (***mirtazapine***)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (***mirtazapine***)	3	
ANTIDEPRESSANTS - MISC. - DRUGS FOR DEPRESSION**		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG (***bupropion hbr***)	3	ST; DO
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG (***bupropion hbr***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4.5 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 75 mg	1 or 1b*	DO
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (***bupropion hcl***)	3	ST; DO
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG (***bupropion hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID - DRUGS FOR DEPRESSION**		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION (***brexanolone***)	3	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (***zuranolone***)	3	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (***zuranolone***)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 1 fill)
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR (***selegiline***)	3	QL (1 patch per 1 day)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR (***selegiline***)	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET (***isocarboxazid***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NARDIL ORAL TABLET (***phenelzine sulfate***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PARNATE ORAL TABLET (***tranylcypromine sulfate***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
phenelzine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
tranylcypromine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
N-METHYL-D-ASPARTIC ACID (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (***esketamine hcl***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (***esketamine hcl***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
venlafaxine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1a*	DO
amitriptyline hcl oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (3 tablets per 1 day)
amitriptyline hcl oral tablet 150 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 25 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
clomipramine hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
desipramine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
doxepin hcl oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
imipramine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET (***desipramine hcl***)	3	DO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (***nortriptyline hcl***)	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (***nortriptyline hcl***)	3	QL (3 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (***nortriptyline hcl***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
***ANTIDIABETICS* - HORMONES**		
ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
acarbose oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
miglitol oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS - DRUGS FOR DIABETES**		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***pramlintide acetate***)	2	QL (4 pens per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***pramlintide acetate***)	2	QL (2 boxes per 30 days)
ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES - HORMONES**		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION (***teplizumab-mzwv***)	3	PA; LD
BIGUANIDES - DRUGS FOR DIABETES**		
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral solution	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*; $0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (***metformin hcl***)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
DIABETIC OTHER - DRUGS FOR DIABETES**		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (***glucagon***)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (***glucagon***)	3	QL (1 pack per 30 days)
diazoxide oral suspension	1 or 1b*	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	1 or 1b*	QL (2 kits per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***glucagon***)	3	QL (2 packs per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***glucagon***)	3	QL (1 pack per 30 days)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION (***glucagon***)	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***glucagon***)	3	QL (2 packs per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (***diazoxide***)	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***dasiglucagon hcl***)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***dasiglucagon hcl***)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin benzoate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (***sitagliptin phosphate***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET (***sitagliptin-metformin hcl***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (***sitagliptin-metformin hcl***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (***sitagliptin-metformin hcl***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - ERGOT DERIVATIVES - DRUGS FOR DIABETES**		
CYCLOSET ORAL TABLET (***bromocriptine mesylate***)	3	
DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin-pioglitazone oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
HUMAN INSULIN - DRUGS FOR DIABETES**		
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine***)	2	QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin lispro prot & lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin lispro prot & lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin lispro prot & lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph isophane & regular***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph isophane & regular***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph human (isophane)***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph human (isophane)***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (***insulin regular human***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (***insulin regular human***)	2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin regular human***)	2	PA; QL (18 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine***)	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (***insulin glargine***)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION (***insulin lispro-aabc***)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro-aabc***)	2	QL (30 mL per 30 days)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (***insulin regular(human) in nacl***)	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine***)	2	QL (12 mL per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine***)	2	QL (13.5 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (***insulin degludec***)	2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML (***insulin degludec***)	2	QL (18 mL per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***insulin degludec***)	2	QL (30 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS) - DRUGS FOR DIABETES**		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tirzepatide***)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS) - DRUGS FOR DIABETES**		
liraglutide subcutaneous solution pen-injector	1 or 1b*	PA; QL (1 box per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 unit per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***semaglutide***)	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (***dulaglutide***)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (***dulaglutide***)	2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
INSULIN-INCRETIN MIMETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine-lixisenatide***)	2	QL (5 pen per 25 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin degludec-liraglutide***)	2	QL (5 pen per 30 days)
MEGLITINIDE ANALOGUES - DRUGS FOR DIABETES**		
nateglinide oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
repaglinide oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR DIABETES**		
mifepristone oral tablet 300 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB - DRUGS FOR DIABETES**		
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (***empagliflozin-linaglip-metform***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG (***empagliflozin-linaglip-metform***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
GLYXAMBI ORAL TABLET (***empagliflozin-linagliptin***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
FARXIGA ORAL TABLET (***dapagliflozin propanediol***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (***empagliflozin***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB - DRUGS FOR DIABETES**		
SYNJARDY ORAL TABLET (***empagliflozin-metformin hcl***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG (***empagliflozin-metformin hcl***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (***empagliflozin-metformin hcl***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (***dapagliflozin prop-metformin***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (***dapagliflozin prop-metformin***)	2	ST; QL (2 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (***dapagliflozin prop-metformin***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SULFONYLUREA-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
SULFONYLUREAS - DRUGS FOR DIABETES**		
glimepiride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 2 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 3 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 6 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 1.25 mg	1 or 1b*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
DUETACT ORAL TABLET (***pioglitazone hcl-glimepiride***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
THIAZOLIDINEDIONES - DRUGS FOR DIABETES**		
pioglitazone hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTIDIARRHEAL - CHLORIDE CHANNEL ANTAGONISTS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***crofelemer***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - MISC. - DRUGS FOR DIARRHEA**		
surebiotic probiotic support oral capsule	3	
ANTIPERISTALTIC AGENTS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
diphenoxylate-atropine oral liquid	1 or 1b*	
diphenoxylate-atropine oral tablet	1 or 1b*	
LOMOTIL ORAL TABLET (***diphenoxylate-atropine***)	3	
loperamide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET (***difenoxin-atropine***)	3	
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ANTIDOTE COMBINATIONS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (***sodium nitrite-sod thiosulfate***)	3	
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***neostigmine-glycopyrrolate***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIDOTES - CHELATING AGENTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
CHEMET ORAL CAPSULE (***succimer***)	3	
deferasirox granules oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferiprone oral tablet	1 or 1b*	PA; LD
FERRIPROX ORAL SOLUTION (***deferiprone***)	3	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (***deferiprone***)	3	PA; LD
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (***acetylcysteine***)	3	
acetylcysteine intravenous solution	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coag fact xa inactivated-zhzo***)	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (***sugammadex sodium***)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***hydroxocobalamin***)	3	
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***deferoxamine mesylate***)	3	LD; SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***digoxin immune fab***)	3	
edetate calcium disodium injection solution	3	
fomepizole intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue (antidote) intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue intravenous solution	1 or 1b*	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (***idarucizumab***)	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pralidoxime chloride***)	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (***methylene blue (antidote)***)	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (***prussian blue insoluble***)	3	
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET (***uridine triacetate***)	3	PA; LD; QL (20 packets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POSFREA INTRAVENOUS SOLUTION (***palonosetron hcl***)	3	PA; LD
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (***granisetron***)	3	LD; QL (4 patches per 28 days)
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***granisetron***)	3	LD
ANTIEMETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION (***fosnetupitant-palonosetron***)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION (***fosnetupitant-palonosetron***)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fosnetupitant-palonosetron***)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (***netupitant-palonosetron***)	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***doxylamine-pyridoxine***)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
ANTIVERT ORAL TABLET (***meclizine hcl***)	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE (***meclizine hcl***)	3	
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3	
meclizine hcl oral tablet 25 mg	1 or 1a*	
meclizine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	
scopolamine transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION (***trimethobenzamide hcl***)	3	
trimethobenzamide hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (***amisulpride (antiemetic)***)	3	
ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
dronabinol oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE (***dronabinol***)	3	QL (4 capsules per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION (***dronabinol***)	3	QL (8 mL per 1 day)
SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION (***aprepitant***)	3	LD
aprepitant oral	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 125 mg	1 or 1b*	LD; QL (5 capsules per 25 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
aprepitant oral capsule 40 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 fill)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	1 or 1b*	LD; QL (10 capsules per 25 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (***aprepitant***)	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***aprepitant***)	3	QL (15 kit per 30 days)
focinvez intravenous solution	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; QL (5 vial per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***rolapitant hcl***)	3	QL (4 capsules per 28 days)
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS) - DRUGS FOR FUNGUS**		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***caspofungin acetate***)	3	QL (1 vial per 1 day)
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (1 vial per 1 day)
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***anidulafungin***)	3	
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
micafungin sodium-nacl intravenous solution	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***micafungin sodium***)	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***rezafungin acetate***)	3	
ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDS) - ANTIBIOTICS**		
BREXAFEMME ORAL TABLET (***ibrexafungerp citrate***)	3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR FUNGUS**		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (***amphotericin b lipid***)	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***amphotericin b liposome***)	3	
amphotericin b intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE (***flucytosine***)	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
IMIDAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TETRAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***oteseconazole***)	3	PA; QL (1 carton per 4 months)
TRIAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
CRESEMBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***isavuconazonium sulfate***)	3	PA; QL (1 vial per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG (***isavuconazonium sulfate***)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 74.5 MG (***isavuconazonium sulfate***)	3	PA; QL (5 capsules per 1 day)
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***fluconazole***)	3	QL (10 mL per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (***fluconazole***)	3	QL (4 tablet per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 200 MG (***fluconazole***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
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 10 mg/ml	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
fluconazole oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
fluconazole oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
itraconazole oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
itraconazole oral solution	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL ORAL PACKET (***posaconazole***)	3	PA; QL (31 packet per 30 days)
posaconazole intravenous solution	1 or 1b*	
posaconazole oral suspension	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
posaconazole oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL (93 tablets per 30 days)
SPORANOX ORAL CAPSULE (***itraconazole***)	3	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
SPORANOX ORAL SOLUTION (***itraconazole***)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
TOLSURA ORAL CAPSULE	3	PA; QL (126 capsules per 30 days)
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***voriconazole***)	3	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
VFEND ORAL TABLET (***voriconazole***)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
voriconazole oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
voriconazole oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
voriconazole oral tablet 50 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ANTIHISTAMINES - ETHANOLAMINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
carbinoxamine maleate er oral suspension extended release	1 or 1b*	ST; QL (40 mL per 1 day)
carbinoxamine maleate oral solution	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
clemastine fumarate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
diphenhydramine hcl injection solution	1 or 1b*	
diphenhydramine hcl oral elixir	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cetirizine hcl oral solution	1 or 1b*	BE; QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET (***desloratadine***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
desloratadine oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
desloratadine oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
levocetirizine dihydrochloride oral solution	1 or 1b*	BE; QL (10 mL per 1 day)
levocetirizine dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	BE; QL (1 tablet per 1 day)
QUZYTTIR INTRAVENOUS SOLUTION (***cetirizine hcl***)	3	
ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION (***promethazine hcl***)	3	
promethazine hcl injection solution	1 or 1a*	
promethazine hcl oral solution	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
promethazine hcl rectal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 50 mg	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLIZET ORAL TABLET (***bempedoic acid-ezetimibe***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLETOL ORAL TABLET (***bempedoic acid***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ANGIOPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (***evinacumab-dgnb***)	3	PA; LD
ANTIHYPERLIPIDEMICS - MISC. - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (***icosapent ethyl***)	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (***icosapent ethyl***)	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
BILE ACID SEQUESTRANTS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
cholestyramine light oral packet	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
cholestyramine light oral powder	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
cholestyramine oral packet	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
cholestyramine oral powder	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)
colesevelam hcl oral packet	3	QL (1 packet per 1 day)
colesevelam hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES (***colestipol hcl***)	3	QL (30 grams per 1 day)
COLESTID ORAL TABLET (***colestipol hcl***)	3	QL (16 tablets per 1 day)
colestipol hcl oral granules	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
colestipol hcl oral packet	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
colestipol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
prevalite oral packet	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
prevalite oral powder	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (***cholestyramine light***)	3	QL (24 grams per 1 day)
QUESTRAN ORAL PACKET (***cholestyramine***)	3	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER (***cholestyramine***)	3	QL (54 gm per 1 day)
FIBRIC ACID DERIVATIVES - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
fenofibrate micronized oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fenofibric acid oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibric acid oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
FIBRICOR ORAL TABLET (***fenofibric acid***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LIPOFEN ORAL CAPSULE (***fenofibrate***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (***gemfibrozil***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (***fenofibrate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
HMG COA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
atorvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	DO
atorvastatin calcium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*; $0	DO
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
lovastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1 or 1b*; $0	DO
pravastatin sodium oral tablet 80 mg	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*; $0	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*; $0	DO
simvastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
simvastatin oral tablet 80 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ezetimibe-simvastatin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ezetimibe oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MICROSOMAL TRIGLYCERIDE TRANSFER PROTEIN INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG (***lomitapide mesylate***)	3	PA; LD; DO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG (***lomitapide mesylate***)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
NICOTINIC ACID DERIVATIVES - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
niacin (antihyperlipidemic) oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
niacor oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
PCSK9 INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***evolocumab***)	3	QL (1 cartridge per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***evolocumab***)	3	QL (2 syringe per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***evolocumab***)	3	QL (2 syringe per 28 days)
SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***inclisiran sodium***)	3	LD; QL (1.5 mL per 180 days)
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART**		
ACE INHIBITOR & CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg	1 or 1b*	DO
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG (***perindopril arg-amlodipine***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (***perindopril arg-amlodipine***)	3	DO
trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ACE INHIBITORS & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ACCURETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (***quinapril-hydrochlorothiazide***)	3	DO
ACCURETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (***quinapril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg	1 or 1b*	DO
captopril-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG (***benazepril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (***benazepril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASERETIC ORAL TABLET (***enalapril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (***lisinopril-hydrochlorothiazide***)	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (***lisinopril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG (***lisinopril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ACE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
benazepril hcl oral tablet 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
benazepril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
captopril oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral solution	1 or 1b*	QL (40 mg per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
enalapril maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalaprilat intravenous solution	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION (***enalapril maleate***)	3	QL (40 mg per 1 day)
fosinopril sodium oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
fosinopril sodium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG (***benazepril hcl***)	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 20 MG (***benazepril hcl***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG (***benazepril hcl***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 15 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 7.5 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION (***lisinopril***)	3	QL (40 mg per 1 day)
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
quinapril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg	1 or 1b*	DO
ramipril oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ramipril oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO
trandolapril oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
DEMSER ORAL CAPSULE (***metyrosine***)	3	PA; LD; QL (16 capsules per 1 day); SP
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE (***phenoxybenzamine hcl***)	3	PA; QL (12 capsules per 1 day)
metyrosine oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (16 capsules per 1 day); SP
phenoxybenzamine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (12 capsules per 1 day)
phentolamine mesylate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & CA CHANNEL BLOCKER COMB - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
irbesartan oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
losartan potassium oral tablet 25 mg	1 or 1b*	DO
losartan potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
telmisartan oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
valsartan oral solution	1 or 1b*	PA; QL (80 mL per 1 day)
valsartan oral tablet 160 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
valsartan oral tablet 320 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-THIAZIDES - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***clonidine***)	3	QL (12 patches per 28 days)
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***clonidine***)	3	QL (12 patches per 28 days)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***clonidine***)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg	1 or 1a*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clonidine hcl oral tablet 0.2 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
clonidine hcl oral tablet 0.3 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr	1 or 1b*	QL (12 patches per 28 days)
clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr	1 or 1b*	QL (0.29 patches per 1 day)
guanfacine hcl oral tablet	1 or 1b*	
methyldopa oral tablet 250 mg	1 or 1b*	DO
methyldopa oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (***doxazosin mesylate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA ORAL TABLET 8 MG (***doxazosin mesylate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
doxazosin mesylate oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
prazosin hcl oral capsule	1 or 1b*	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
terazosin hcl oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ANTIHYPERTENSIVES - MISC. - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
VECAMYL ORAL TABLET (***mecamylamine hcl***)	3	
BETA BLOCKER & DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
atenolol-chlorthalidone oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 100 ORAL TABLET (***atenolol-chlorthalidone***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 50 ORAL TABLET (***atenolol-chlorthalidone***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DIRECT RENIN INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	DO
aliskiren fumarate oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
eplerenone oral tablet	1 or 1b*	
INSPRA ORAL TABLET (***eplerenone***)	3	
VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
hydralazine hcl injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydralazine hcl oral tablet	1 or 1b*	
minoxidil oral tablet	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (***nitroprusside sodium-nacl***)	3	
nitroprusside sodium intravenous solution	1 or 1b*	
nitroprusside sodium-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
sodium nitroprusside intravenous solution	1 or 1b*	
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS**		
FLAGYL ORAL CAPSULE (***metronidazole***)	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (***miltefosine***)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
metronidazole oral capsule	1 or 1a*	
metronidazole oral tablet	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (***pentamidine isethionate***)	3	LD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***pentamidine isethionate***)	3	LD
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	LD
pentamidine isethionate injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD
tinidazole oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
tinidazole oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (***rifaximin***)	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (***rifaximin***)	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)
ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
BACTRIM DS ORAL TABLET (***sulfamethoxazole-trimethoprim***)	3	
BACTRIM ORAL TABLET (***sulfamethoxazole-trimethoprim***)	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution	1 or 1b*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension	1 or 1a*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	1 or 1a*	
sulfatrim pediatric oral suspension	1 or 1a*	
ANTIPROTOZOAL AGENTS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone oral suspension	1 or 1b*	
LAMPIT ORAL TABLET (***nifurtimox***)	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION (***atovaquone***)	3	
nitazoxanide oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS**		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***sulbactam sod-durlobactam sod***)	3	
CARBAPENEM COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***imipenem-cilastatin***)	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***imipenem-cilastatin-relebactam***)	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***meropenem-vaborbactam***)	3	
CARBAPENEMS - ANTIBIOTICS**		
ertapenem sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CHLORAMPHENICALS - ANTIBIOTICS**		
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CYCLIC LIPOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
daptomycin-sodium chloride intravenous solution	3	
GLYCOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***dalbavancin hcl***)	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***vancomycin hcl***)	3	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***oritavancin diphosphate***)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***oritavancin diphosphate***)	3	
VANCOCIN ORAL CAPSULE (***vancomycin hcl***)	3	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 500-5 MG/100ML-%	3	QL (200 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 750-5 MG/150ML-%	3	QL (300 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 500-0.9 MG/100ML-%	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1250 MG/250ML	3	QL (500 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1500 MG/300ML	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1750 MG/350ML	3	QL (700 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/400ML	3	QL (800 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/100ML	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/150ML	3	QL (300 mL per 1 day)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.75 gm, 2 gm, 500 mg	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM, 1.5 GM, 750 MG	3	QL (2 vials per 1 day)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 5 gm	3	QL (1 vial per 30 days)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
vancomycin hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***telavancin hcl***)	3	
LEPROSTATICS - ANTIBIOTICS**		
dapsone oral tablet	1 or 1b*	
LINCOSAMIDES - ANTIBIOTICS**		
CLEOCIN ORAL CAPSULE (***clindamycin hcl***)	3	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***clindamycin palmitate hcl***)	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (***clindamycin phosphate***)	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	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (***lincomycin hcl***)	3	
lincomycin hcl injection solution	1 or 1b*	
MONOBACTAMS - ANTIBIOTICS**		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***aztreonam***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
aztreonam injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (***aztreonam lysine***)	3	LD; QL (3 vials per 1 day); SP
OXAZOLIDINONES - ANTIBIOTICS**		
linezolid in sodium chloride intravenous solution	3	
linezolid intravenous solution	1 or 1b*	
linezolid oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
linezolid oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tedizolid phosphate***)	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET (***tedizolid phosphate***)	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (***linezolid***)	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***linezolid***)	3	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET (***linezolid***)	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
POLYMYXINS - ANTIBIOTICS**		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***colistimethate sodium***)	3	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
URINARY ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
fosfomycin tromethamine oral packet	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET (***methenamine hippurate***)	3	
MACROBID ORAL CAPSULE (***nitrofurantoin monohyd macro***)	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (***nitrofurantoin macrocrystal***)	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	
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMALARIAL COMBINATIONS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET (***artemether-lumefantrine***)	3	
MALARONE ORAL TABLET (***atovaquone-proguanil hcl***)	3	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR PARASITES**		
ARAKODA ORAL TABLET (***tafenoquine succinate***)	3	QL (64 tablets per 1 year)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
chloroquine phosphate oral tablet	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET (***pyrimethamine***)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 400 MG	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
KRINTAFEL ORAL TABLET (***tafenoquine succinate***)	3	QL (2 tablets per 1 fill)
mefloquine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	
pyrimethamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE (***quinine sulfate***)	3	PA; QL (60 capsule per 30 days)
quinine sulfate oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (60 capsule per 30 days)
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (***neostigmine methylsulfate***)	3	
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***neostigmine methylsulfate***)	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET (***amifampridine phosphate***)	3	PA; LD; QL (10 tablets per 1 day)
MESTINON ORAL SOLUTION (***pyridostigmine bromide***)	3	
MESTINON ORAL TABLET (***pyridostigmine bromide***)	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***pyridostigmine bromide***)	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 (***pyridostigmine bromide***)	3	
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - ANTIBIOTICS**		
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET (***rifapentine***)	2	
pyrazinamide oral tablet	1 or 1b*	
rifabutin oral capsule	1 or 1b*	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***rifampin***)	3	
rifampin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
rifampin oral capsule	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET (***bedaquiline fumarate***)	3	
TRECATOR ORAL TABLET (***ethionamide***)	3	
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER**		
ALKYLATING AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION (***bendamustine hcl***)	3	PA; LD; SP
bendamustine hcl intravenous solution	3	PA; LD; SP
bendamustine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION (***bendamustine hcl***)	3	PA; LD; SP
busulfan intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION (***busulfan***)	3	LD; SP
carboplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
cisplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD; SP
MYLERAN ORAL TABLET (***busulfan***)	2; OC	LD; OC
oxaliplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
oxaliplatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
paraplatin intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***thiotepa***)	3	LD; SP
thiotepa injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***bendamustine hcl***)	3	PA; LD; SP
vivimusta intravenous solution	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***lurbinectedin***)	3	PA; LD; SP
ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
YONSA ORAL TABLET (***abiraterone acetate micronized***)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
ANTIADRENALS - DRUGS FOR CANCER**		
LYSODREN ORAL TABLET (***mitotane***)	2; OC	LD; QL (38 tablet per 1 day); OC
ANTIANDROGENS - DRUGS FOR CANCER**		
bicalutamide oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
CASODEX ORAL TABLET (***bicalutamide***)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG (***apalutamide***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG (***apalutamide***)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
EULEXIN ORAL CAPSULE (***flutamide***)	3; OC	OC
nilutamide oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
NUBEQA ORAL TABLET (***darolutamide***)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL CAPSULE (***enzalutamide***)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (***enzalutamide***)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (***enzalutamide***)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ANTIESTROGENS - DRUGS FOR CANCER**		
FARESTON ORAL TABLET (***toremifene citrate***)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
SOLTAMOX ORAL SOLUTION (***tamoxifen citrate***)	2; OC; $0	LD; OC
tamoxifen citrate oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; OC
toremifene citrate oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR CANCER**		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pemetrexed disodium***)	3	PA; LD; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (***nelarabine***)	3	LD; SP
azacitidine injection suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
capecitabine oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
cladribine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
clofarabine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine (pf) injection solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine injection solution	1 or 1b*	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
decitabine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
floxuridine injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
fludarabine phosphate intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
fluorouracil intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION (***pralatrexate***)	3	LD; SP
GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 1 GM/26.3ML, 1.5 GM/15ML, 2 GM/20ML, 200 MG/2ML, 200 MG/5.26ML	3	LD; SP
GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/52.6ML	1 or 1b*	LD; SP
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
JYLAMVO ORAL SOLUTION (***methotrexate***)	3; OC	PA; LD; OC
mercaptopurine oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
methotrexate sodium (pf) injection solution	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium injection solution	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD
methotrexate sodium oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
nelarabine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ONUREG ORAL TABLET (***azacitidine***)	3; OC	PA; LD; QL (14 tablets per 28 days); SP; OC
pemetrexed dipotassium intravenous solution reconstituted	3	PA
pemetrexed disodium intravenous solution	3	PA; LD; SP
pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
pemetrexed ditromethamine intravenous solution reconstituted	3	PA; LD; SP
pemetrexed intravenous solution 1 gm/40ml, 100 mg/4ml	3	PA; LD; SP
pemetrexed intravenous solution 500 mg/20ml	3	PA; LD
PEMFEXY INTRAVENOUS SOLUTION (***pemetrexed***)	3	PA; LD
PEMRYDI RTU INTRAVENOUS SOLUTION (***pemetrexed disodium***)	3	PA; LD; SP
PURIXAN ORAL SUSPENSION (***mercaptopurine***)	3; OC	PA; LD; OC
TABLOID ORAL TABLET (***thioguanine***)	2; OC	LD; OC
TREXALL ORAL TABLET (***methotrexate sodium***)	2; OC	ST; LD; OC
VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (***azacitidine***)	3	PA; LD; SP
XATMEP ORAL SOLUTION (***methotrexate***)	3; OC	PA; LD; OC
ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TRUQAP ORAL TABLET (***capivasertib***)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK (***capivasertib***)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC
ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALECENSA ORAL CAPSULE (***alectinib hcl***)	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (***brigatinib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (***brigatinib***)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (***brigatinib***)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (***brigatinib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); OC
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (***lorlatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (***lorlatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE (***crizotinib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG (***crizotinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG (***crizotinib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG (***crizotinib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYKADIA ORAL TABLET (***ceritinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION (***nivolumab-relatlimab-rmbw***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (***mogamulizumab-kpkc***)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tafasitamab-cxix***)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***loncastuximab tesirine-lpyl***)	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (***ofatumumab***)	3	PA; LD; SP
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (***obinutuzumab***)	3	PA; LD; SP
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION (***rituximab-arrx***)	3	PA; LD; SP
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION (***rituximab***)	3	PA; LD; SP
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION (***rituximab-pvvr***)	3	PA; LD; SP
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION (***rituximab-abbs***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***inotuzumab ozogamicin***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***brentuximab vedotin***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***gemtuzumab ozogamicin***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD38 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION (***daratumumab***)	3	PA; LD; SP
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION (***isatuximab-irfc***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***polatuzumab vedotin-piiq***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CLDN18.2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***zolbetuximab-clzb***)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION (***tremelimumab-actl***)	3	PA; LD; SP
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (***ipilimumab***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (***naxitamab-gqgk***)	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (***dinutuximab***)	3	LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab***)	3	LD; SP
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab-pkrb***)	3	ST; LD; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab-anns***)	3	LD; SP
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION (***margetuximab-cmkb***)	3	PA; LD; SP
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab-dkst***)	3	ST; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab-dttb***)	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION (***pertuzumab***)	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab-qyyp***)	3	ST; LD; SP
TUKYSA ORAL TABLET (***tucatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***zanidatamab-hrii***)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***enfortumab vedotin-ejfv***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (***dostarlimab-gxly***)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (***pembrolizumab***)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (***cemiplimab-rwlc***)	3	PA; LD
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (***toripalimab-tpzi***)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (***nivolumab***)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (***tislelizumab-jsgr***)	3	PA; LD
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (***retifanlimab-dlwr***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (***avelumab***)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (***durvalumab***)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (***atezolizumab***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***elotuzumab***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tisotumab vedotin-tftv***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (***venetoclax***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (***venetoclax***)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (***venetoclax***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***venetoclax***)	3; OC	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); OC
ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (***bosutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (***bosutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (***bosutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (***bosutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
dasatinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG (***ponatinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG (***ponatinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG (***asciminib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (***asciminib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (***nilotinib hcl***)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS - DRUGS FOR CANCER**		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***blinatumomab***)	3	PA; LD; SP
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (***glofitamab-gxbm***)	3	PA; LD; SP
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***elranatamab-bcmm***)	3	PA; LD
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION (***epcoritamab-bysp***)	3	PA; LD
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tarlatamab-dlle***)	3	PA; LD; SP
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION (***tebentafusp-tebn***)	3	PA; LD
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION (***mosunetuzumab-axgb***)	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION (***talquetamab-tgvs***)	3	PA; LD
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION (***teclistamab-cqyv***)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE (***encorafenib***)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***tovorafenib***)	3; OC	PA; LD; QL (8 bottles per 28 days); OC
OJEMDA ORAL TABLET (***tovorafenib***)	3; OC	PA; LD; QL (24 tablets per 28 days); OC
TAFINLAR ORAL CAPSULE (***dabrafenib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE (***dabrafenib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (15 tablets per 1 day); SP; OC
ZELBORAF ORAL TABLET (***vemurafenib***)	2; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BRUKINSA ORAL CAPSULE (***zanubrutinib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
CALQUENCE ORAL TABLET (***acalabrutinib maleate***)	2; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (***ibrutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (***ibrutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION (***ibrutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (***ibrutinib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG (***pirtobrutinib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG (***pirtobrutinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (***cetuximab***)	3	PA; LD; SP
erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
erlotinib hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
gefitinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GILOTRIF ORAL TABLET (***afatinib dimaleate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IRESSA ORAL TABLET (***gefitinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG (***lazertinib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG (***lazertinib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION (***necitumumab***)	3	LD; SP
TAGRISSO ORAL TABLET (***osimertinib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION (***panitumumab***)	3	PA; LD; SP
VIZIMPRO ORAL TABLET (***dacomitinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG (***erdafitinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG (***erdafitinib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG (***erdafitinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***futibatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***futibatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***futibatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
KRAZATI ORAL TABLET (***adagrasib***)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG (***sotorasib***)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP; OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG (***sotorasib***)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG (***sotorasib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
COTELLIC ORAL TABLET (***cobimetinib fumarate***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (***selumetinib sulfate***)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (***selumetinib sulfate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***trametinib dimethyl sulfoxide***)	3; OC	PA; LD; QL (40 mL per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (***trametinib dimethyl sulfoxide***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (***trametinib dimethyl sulfoxide***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
MEKTOVI ORAL TABLET (***binimetinib***)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TABRECTA ORAL TABLET (***capmatinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TEPMETKO ORAL TABLET (***tepotinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TAZVERIK ORAL TABLET (***tazemetostat hbr***)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
everolimus oral tablet soluble	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***sirolimus protein-bound part***)	3	PA; LD
temsirolimus intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (***temsirolimus***)	3	PA; LD; SP
everolimus (Torpenz Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CABOMETYX ORAL TABLET (***cabozantinib s-malate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (***vandetanib***)	2; OC	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (***vandetanib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (***cabozantinib s-malate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (***cabozantinib s-malate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (***cabozantinib s-malate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
FOTIVDA ORAL CAPSULE (***tivozanib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
lapatinib ditosylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
NERLYNX ORAL TABLET (***neratinib maleate***)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
NEXAVAR ORAL TABLET (***sorafenib tosylate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
pazopanib hcl oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
QINLOCK ORAL TABLET (***ripretinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
RYDAPT ORAL CAPSULE (***midostaurin***)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
sorafenib tosylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
STIVARGA ORAL TABLET (***regorafenib***)	2; OC	PA; LD; QL (84 tablets per 28 days); SP; OC
sunitinib malate oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
SUTENT ORAL CAPSULE (***sunitinib malate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
TURALIO ORAL CAPSULE (***pexidartinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VANFLYTA ORAL TABLET (***quizartinib dihydrochloride***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
XOSPATA ORAL TABLET (***gilteritinib fumarate***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
RYBREVANT INTRAVENOUS SOLUTION (***amivantamab-vmjw***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AYVAKIT ORAL TABLET (***avapritinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - PROTEASOME INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg	3	PA; LD; SP
bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg	1 or 1b*	PA; LD; SP
BORUZU INJECTION SOLUTION (***bortezomib***)	3	PA; SP
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***carfilzomib***)	3	PA; LD; SP
NINLARO ORAL CAPSULE (***ixazomib citrate***)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 28 days); SP; OC
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***bortezomib***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
GAVRETO ORAL CAPSULE (***pralsetinib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (***selpercatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG (***selpercatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG (***repotrectinib***)	3; OC	QL (2 capsules per 1 day); OC
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG (***repotrectinib***)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG (***entrectinib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG (***entrectinib***)	2; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL PACKET (***entrectinib***)	2; OC	PA; LD; QL (12 packets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (***larotrectinib sulfate***)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (***larotrectinib sulfate***)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL SOLUTION (***larotrectinib sulfate***)	2; OC	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (***selinexor***)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (***selinexor***)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (***selinexor***)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (***selinexor***)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (***selinexor***)	3; OC	PA; LD; QL (1 pack per 1 week); OC
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (***selinexor***)	3; OC	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK (***selinexor***)	3; OC	PA; LD; QL (32 tablets per 28 weeks); OC
ANTINEOPLASTIC ANTIBIOTICS - DRUGS FOR CANCER**		
adriamycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
bleomycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
dactinomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
DAUNORUBICIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
DOXIL INTRAVENOUS SUSPENSION (***doxorubicin hcl liposomal***)	3	PA; LD; SP
doxorubicin hcl intravenous solution	3	LD; SP
doxorubicin hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension	1 or 1b*	PA; LD; SP
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION (***epirubicin hcl***)	3	PA; LD; SP
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION (***idarubicin hcl***)	3	LD; SP
idarubicin hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED (***mitomycin***)	3	PA; LD
mitomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mitomycin intravesical solution prefilled syringe	3	LD
mitoxantrone hcl intravenous concentrate	1 or 1b*	LD; SP
mutamycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
valrubicin intravesical solution	1 or 1b*	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (***valrubicin***)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY - DRUGS FOR CANCER**		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (***ibritumomab tiuxetan for y-90***)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES - DRUGS FOR CANCER**		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION (***mirvetuximab soravtansine-gynx***)	3	PA; LD
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fam-trastuzumab deruxtec-nxki***)	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ado-trastuzumab emtansine***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***daratumumab-hyaluronidase-fihj***)	3	PA; LD; SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***trastuzumab-hyaluronidase-oysk***)	3	LD; SP
INQOVI ORAL TABLET (***decitabine-cedazuridine***)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 28 days); SP; OC
LONSURF ORAL TABLET (***trifluridine-tipiracil***)	3; OC	PA; LD; SP; OC
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf***)	3	PA; LD; SP
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***rituximab-hyaluronidase human***)	3	LD; SP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***atezolizumab-hyaluronidas-tqjs***)	3	PA; LD; SP
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***daunorubicin-cytarabine lipo***)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC ENZYMES - DRUGS FOR CANCER**		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (***calaspargase pegol-mknl***)	3	PA; LD
ONCASPAR INJECTION SOLUTION (***pegaspargase***)	3	PA; LD
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (***asparaginase erwinia chrysanthemi rywn***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS - DRUGS FOR CANCER**		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (***lutetium lu 177 dotatate***)	3	PA; LD
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION (***lutetium lu 177 vipivotide tet***)	3	PA; LD
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (***radium ra 223 dichloride***)	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTICS - INTERLEUKINS & AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION (***nogapendekin alfa inbakic-pmln***)	3	PA; LD; SP
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION (***tagraxofusp-erzs***)	3	PA; LD
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***aldesleukin***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTICS - PHOTOACTIVATED AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***porfimer sodium***)	3	LD
UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION (***methoxsalen (photopheresis)***)	3	
ANTINEOPLASTICS MISC. - DRUGS FOR CANCER**		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION (***interferon gamma-1b***)	3	PA; LD; SP
arsenic trioxide intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ropeginterferon alfa-2b-njft***)	3	PA; LD; QL (2 mL per 28 days)
dacarbazine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
HYDREA ORAL CAPSULE (***hydroxyurea***)	3; OC	LD; OC
hydroxyurea oral capsule	1 or 1b*; OC	LD; OC
MATULANE ORAL CAPSULE (***procarbazine hcl***)	2; OC	LD; OC
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pentostatin***)	3	LD; SP
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***bcg live***)	3	LD; SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (***arsenic trioxide***)	3	LD; SP
AROMATASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
anastrozole oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
AROMASIN ORAL TABLET (***exemestane***)	3; OC	LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
exemestane oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
FEMARA ORAL TABLET (***letrozole***)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
letrozole oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***glucarpidase***)	3	LD
CARDIAC PROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
dexrazoxane intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***rasburicase***)	3	PA; LD; SP
CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - KERATINOCYTE GROWTH FACTORS - DRUGS FOR CANCER**		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***palifermin***)	3	LD; SP
CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IBRANCE ORAL CAPSULE (***palbociclib***)	2; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (***palbociclib***)	2; OC	PA; LD; QL (21 tablets per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG (***palbociclib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***ribociclib succinate***)	2; OC	PA; LD; QL (0.75 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***ribociclib succinate***)	2; OC	PA; LD; QL (1.5 tablets per 1 day); SP; OC
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***ribociclib succinate***)	2; OC	PA; LD; QL (2.25 tablets per 1 day); SP; OC
VERZENIO ORAL TABLET (***abemaciclib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ESTROGEN RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR CANCER**		
FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***fulvestrant***)	3	PA; LD; SP
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; SP
FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
KHAPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***levoleucovorin***)	3	PA; LD; SP
leucovorin calcium injection solution	1 or 1b*	LD
leucovorin calcium injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD
leucovorin calcium oral tablet	1 or 1b*	
levoleucovorin calcium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD
levoleucovorin calcium pf intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD
GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANTAGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***degarelix acetate***)	3	PA; LD; QL (2 units per 310 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***degarelix acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
ORGOVYX ORAL TABLET (***relugolix***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMIDAZOTETRAZINES - DRUGS FOR CANCER**		
TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***temozolomide***)	2	PA; LD; SP
temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP; OC
temozolomide oral capsule 20 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
temozolomide oral capsule 5 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); SP; OC
ISOCITRATE DEHYDROGENASE 1 & 2 (IDH1 & IDH2) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG (***vorasidenib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG (***vorasidenib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ISOCITRATE DEHYDROGENASE-1 (IDH1) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE (***olutasidenib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
TIBSOVO ORAL TABLET (***ivosidenib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ISOCITRATE DEHYDROGENASE-2 (IDH2) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG (***enasidenib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG (***enasidenib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
INREBIC ORAL CAPSULE (***fedratinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
JAKAFI ORAL TABLET (***ruxolitinib phosphate***)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
OJJAARA ORAL TABLET (***momelotinib dihydrochloride***)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
VONJO ORAL CAPSULE (***pacritinib citrate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LHRH ANALOGS - DRUGS FOR CANCER**		
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***leuprolide mesylate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 24 weeks)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 84 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (***leuprolide acetate (4 month)***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 112 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (***leuprolide acetate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable	3	PA; LD; QL (1 kit per 12 weeks); SP
leuprolide acetate injection kit	1 or 1b*	PA; LD; SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (***leuprolide acetate***)	2	LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	2	LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (4 month)***)	2	LD; QL (1 kit per 112 days); SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (6 month)***)	2	LD; QL (1 syringe kit per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG (***goserelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 EA per 84 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG (***goserelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 28 days); SP
MITOTIC INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***paclitaxel protein-bound part***)	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	LD; SP
IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	LD; SP
LEUKERAN ORAL TABLET (***chlorambucil***)	2; OC	LD; OC
melphalan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
NITROSOUREAS - DRUGS FOR CANCER**		
carmustine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (***lomustine***)	3; OC	PA; LD; SP; OC
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER (***carmustine in polifeprosan***)	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***streptozocin***)	3	LD; SP
OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***imetelstat sodium***)	3	PA; LD
ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IWILFIN ORAL TABLET (***eflornithine hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
OTOPROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION (***sodium thiosulfate***)	3	PA; LD
PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***copanlisib hcl***)	3	PA; LD
COPIKTRA ORAL CAPSULE (***duvelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG (***inavolisib***)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG (***inavolisib***)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***alpelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***alpelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***alpelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYDELIG ORAL TABLET (***idelalisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
LYNPARZA ORAL TABLET (***olaparib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET (***rucaparib camsylate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE (***talazoparib tosylate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ZEJULA ORAL TABLET (***niraparib tosylate***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC - DRUGS FOR CANCER**		
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*; OC	LD; OC
megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
RETINOIDS - DRUGS FOR CANCER**		
tretinoin oral capsule	1 or 1b*; OC	LD; OC
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS - DRUGS FOR CANCER**		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG (***elacestrant hydrochloride***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (***elacestrant hydrochloride***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
bexarotene oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
TETRAHYDROISOQUINOLINES - DRUGS FOR CANCER**		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trabectedin***)	3	LD; SP
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***sacituzumab govitecan-hziy***)	3	PA; LD
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (***irinotecan hcl***)	3	LD; SP
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***topotecan hcl***)	3	LD; SP
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (***topotecan hcl***)	2; OC	PA; LD; SP; OC
irinotecan hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (***irinotecan hcl liposome***)	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
topotecan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
mesna intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (***mesna***)	3	PA; LD
MESNEX ORAL TABLET (***mesna***)	2	PA; LD
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION (***bevacizumab***)	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION (***ramucirumab***)	3	PA; LD; SP
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG (***fruquintinib***)	3; OC	PA; LD; QL (84 capsules per 28 days); OC
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG (***fruquintinib***)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (***axitinib***)	2; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (***axitinib***)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (***bevacizumab-awwb***)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (***ziv-aflibercept***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR PARKINSON**		
NOURIANZ ORAL TABLET (***istradefylline***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
benztropine mesylate injection solution	1 or 1a*	
benztropine mesylate oral tablet	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral solution	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral tablet	1 or 1a*	
ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
amantadine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
amantadine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
amantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
bromocriptine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
bromocriptine mesylate oral tablet	1 or 1b*	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (***amantadine hcl***)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (***amantadine hcl***)	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (***levodopa***)	3	PA; LD; QL (5 kits per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***amantadine hcl***)	3	PA; DO
PARLODEL ORAL CAPSULE (***bromocriptine mesylate***)	3	
PARLODEL ORAL TABLET (***bromocriptine mesylate***)	3	
ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG (***rasagiline mesylate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG (***rasagiline mesylate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
rasagiline mesylate oral tablet 1 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
selegiline hcl oral capsule	1 or 1b*	
selegiline hcl oral tablet	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG (***safinamide mesylate***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG (***safinamide mesylate***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (***selegiline hcl***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
TASMAR ORAL TABLET (***tolcapone***)	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
tolcapone oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
DECARBOXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa oral tablet	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET (***carbidopa***)	3	
LEVODOPA COMBINATIONS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet	1 or 1b*	
DHIVY ORAL TABLET (***carbidopa-levodopa***)	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (***carbidopa-levodopa***)	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG (***carbidopa-levodopa***)	3	QL (12 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (***carbidopa-levodopa***)	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (***carbidopa-levodopa***)	3	QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET (***carbidopa-levodopa***)	3	
NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR PARKINSON**		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***apomorphine hcl***)	3	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***pramipexole dihydrochloride***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (***rotigotine***)	3	QL (1 patch per 1 day)
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*	
PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
entacapone oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG (***opicapone***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG (***opicapone***)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg	1 or 1a*	DO
lithium carbonate oral capsule 600 mg	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
lithium carbonate oral tablet	1 or 1a*	DO
lithium oral solution	1 or 1b*	
ANTIPSYCHOTICS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG (***lumateperone tosylate***)	3	DO; AL
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG (***lumateperone tosylate***)	3	AL; QL (1 capsule per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (***carbamazepine (antipsychotic)***)	3	QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (***carbamazepine (antipsychotic)***)	3	QL (5 capsules per 1 day)
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	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE (***pimavanserin tartrate***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (***pimavanserin tartrate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG (***cariprazine hcl***)	2	DO; AL
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG (***cariprazine hcl***)	2	AL; QL (1 capsule per 1 day)
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 (2 capsules per 1 day)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL (6 vials per 28 days)
BENZISOXAZOLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG (***iloperidone***)	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (***iloperidone***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (***iloperidone***)	3	ST; QL (1 pack per 1 year)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (3.5 mL per 180 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (5 mL per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (0.88 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (1.32 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (1.75 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (2.63 mL per 90 days)
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	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***risperidone***)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er	1 or 1b*	AL; QL (2 injections per 28 days)
risperidone oral solution	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
BUTYROPHENONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
haloperidol lactate injection solution	1 or 1b*	AL
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
DIBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
clozapine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO; AL

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (***clozapine***)	3	AL; QL (18 mL per 1 day)
DIBENZO-OXEPINO PYRROLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (***asenapine***)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
DIBENZOTHIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	DO; AL
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
quetiapine fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
DIBENZOXAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***loxapine***)	3	AL
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
loxapine succinate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
DIHYDROINDOLONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
molindone hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
chlorpromazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 30 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (26 mL per 1 day)
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
compro rectal suppository	1 or 1b*	AL
fluphenazine decanoate injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluphenazine hcl oral elixir	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
fluphenazine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 16 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
perphenazine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
perphenazine oral tablet 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
prochlorperazine edisylate injection solution	1 or 1b*	AL
prochlorperazine maleate oral tablet	1 or 1a*	AL
prochlorperazine rectal suppository	1 or 1b*	AL
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
thioridazine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
QUINOLINONE DERIVATIVES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (***aripiprazole***)	2	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***aripiprazole***)	2	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (***aripiprazole w/ sens-strip-pod***)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (***aripiprazole w/ sens-strip-pod***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (***aripiprazole w/ sens-strip-pod***)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (***aripiprazole w/ sens-strip-pod***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
aripiprazole oral solution	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (***aripiprazole lauroxil***)	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML (***aripiprazole lauroxil***)	3	AL; QL (1 kit per 60 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML (***aripiprazole lauroxil***)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (***brexpiprazole***)	3	DO; AL
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (***brexpiprazole***)	3	AL; QL (1 tablet per 1 day)
THIENBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL (3 injections per 1 fill)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	DO; AL
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 20 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG (***olanzapine pamoate***)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG (***olanzapine pamoate***)	3	AL; QL (1 injections per 28 days)
THIOXANTHENES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	ST; DO; AL
thiothixene oral capsule 10 mg	1 or 1b*	ST; AL; QL (6 capsules per 1 day)
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
formaldehyde external solution 10 %	1 or 1b*	
CHLORINE ANTISEPTICS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION	3	
IODINE ANTISEPTICS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
LUGOLS STRONG IODINE EXTERNAL SOLUTION	3	
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET (***bictegravir-emtricitab-tenofov***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML (***cabotegravir & rilpivirine***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML (***cabotegravir & rilpivirine***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 60 days)
CIMDUO ORAL TABLET (***lamivudine-tenofovir***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET (***doravirin-lamivudin-tenofov df***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (***emtricitabine-tenofovir af***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (***emtricitabine-tenofovir af***)	2; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (***dolutegravir-lamivudine***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
EVOTAZ ORAL TABLET (***atazanavir-cobicistat***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET (***elviteg-cobic-emtricit-tenofaf***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
JULUCA ORAL TABLET (***dolutegravir-rilpivirine***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine-zidovudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral solution	1 or 1b*	LD; QL (16 mL per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	1 or 1b*	LD; QL (10 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ODEFSEY ORAL TABLET (***emtricitab-rilpivir-tenofov af***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (***elviteg-cobic-emtricit-tenofdf***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET (***darun-cobic-emtricit-tenofaf***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (***abacavir-dolutegravir-lamivud***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK (***lenacapavir sodium***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lenacapavir sodium***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
maraviroc oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL SOLUTION (***maraviroc***)	3	LD; QL (62 mL per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION (***ibalizumab-uiyk***)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***enfuvirtide***)	2	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (***fostemsavir tromethamine***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE (***cabotegravir***)	3	LD; QL (1 vial per 2 months)
ISENTRESS HD ORAL TABLET (***raltegravir potassium***)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET (***raltegravir potassium***)	3	LD; QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET (***raltegravir potassium***)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (***raltegravir potassium***)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (***raltegravir potassium***)	3	LD; QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (***dolutegravir sodium***)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (***dolutegravir sodium***)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APTIVUS ORAL CAPSULE (***tipranavir***)	2	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 300 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 day)
darunavir oral tablet 600 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
darunavir oral tablet 800 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
fosamprenavir calcium oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET (***ritonavir***)	3	LD; QL (12 packets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (***darunavir***)	2	LD; QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (***darunavir***)	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (***darunavir***)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (***atazanavir sulfate***)	2	LD; QL (5 packets per 1 day)
ritonavir oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (***nelfinavir mesylate***)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (***nelfinavir mesylate***)	2	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EDURANT ORAL TABLET (***rilpivirine hcl***)	2	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
efavirenz oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
etravirine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
etravirine oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (***etravirine***)	2	PA; LD; QL (16 tablets per 1 day)
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
nevirapine oral suspension	1 or 1b*	LD; QL (40 mL per 1 day)
nevirapine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
PIFELTRO ORAL TABLET (***doravirine***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate oral solution	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
abacavir sulfate oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
emtricitabine oral capsule	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (***emtricitabine***)	2	LD; QL (29 mL per 1 day)
lamivudine oral solution	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
lamivudine oral tablet 150 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
lamivudine oral tablet 300 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (***zidovudine***)	2	LD
zidovudine oral capsule	1 or 1b*	LD; QL (6 capsules per 1 day)
zidovudine oral syrup	1 or 1b*	LD; QL (64 mL per 1 day)
zidovudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER (***tenofovir disoproxil fumarate***)	2	LD; QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (***tenofovir disoproxil fumarate***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
TYBOST ORAL TABLET (***cobicistat***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (***nirmatrelvir-ritonavir***)	2	QL (1 pack per 90 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (***nirmatrelvir-ritonavir***)	2	QL (1 pack per 90 days)
CMV AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
cidofovir intravenous solution	1 or 1b*	LD
foscarnet sodium intravenous solution	1 or 1b*	LD
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (***foscarnet sodium***)	3	LD
GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (***maribavir***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (***letermovir***)	3	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET (***letermovir***)	3	PA; LD; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***valganciclovir hcl***)	3	LD
VALCYTE ORAL TABLET (***valganciclovir hcl***)	3	LD
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	LD
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	LD
HEPATITIS B AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
adefovir dipivoxil oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (***entecavir***)	2	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
entecavir oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET (***tenofovir alafenamide fumarate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (***sofosbuv-velpatasv-voxilaprev***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (***peginterferon alfa-2a***)	3	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon alfa-2a***)	3	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ribavirin oral capsule	1 or 1b*	LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
ribavirin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
acyclovir oral capsule	1 or 1b*	
acyclovir oral suspension	1 or 1b*	
acyclovir oral tablet	1 or 1b*	
acyclovir sodium intravenous solution	1 or 1b*	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
valacyclovir hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)
HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
famciclovir oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
INFLUENZA AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
rimantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
MISC. ANTIVIRALS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (***molnupiravir***)	3	QL (40 capsules per 90 days)
TEMBEXA ORAL SUSPENSION (***brincidofovir***)	3	
TEMBEXA ORAL TABLET (***brincidofovir***)	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION (***tecovirimat***)	3	
TPOXX ORAL CAPSULE (***tecovirimat***)	3	
NEURAMINIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (180 mL per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (***peramivir***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***zanamivir***)	2	QL (1 unit per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (***oseltamivir phosphate***)	3	QL (20 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (***oseltamivir phosphate***)	3	QL (10 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***oseltamivir phosphate***)	3	QL (180 mL per 90 days)
PA ENDONUCLEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***baloxavir marboxil***)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***baloxavir marboxil***)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
ribavirin inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (***ribavirin***)	3	
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ALPHA-BETA BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 20 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 40 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
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	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
labetalol hcl oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
acebutolol hcl oral capsule	1 or 1b*	
atenolol oral tablet	1 or 1a*	
betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION (***esmolol hcl-sodium chloride***)	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (***esmolol hcl***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (***esmolol hcl-sodium chloride***)	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (***esmolol hcl-sodium chloride***)	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 (***metoprolol succinate***)	3	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
metoprolol tartrate intravenous solution	1 or 1a*	
metoprolol tartrate oral tablet	1 or 1a*	
nebivolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (***propranolol hcl***)	3	
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***propranolol hcl sr beads***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***propranolol hcl sr beads***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
nadolol oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
pindolol oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
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 (4 capsules per 1 day)
propranolol hcl intravenous solution	1 or 1b*	
propranolol hcl oral solution	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
sotalol hcl (af) oral tablet	1 or 1b*	
SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 160 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOTYLIZE ORAL SOLUTION (***sotalol hcl***)	3	
timolol maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION (***nicardipine hcl in nacl***)	3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (***diltiazem hcl***)	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (***diltiazem hcl***)	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	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION (***clevidipine***)	3	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (***levamlodipine maleate***)	3	ST; DO
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG (***levamlodipine maleate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
diltiazem hcl intravenous solution	1 or 1b*	
DILTIAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 2.5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
KATERZIA ORAL SUSPENSION (***amlodipine benzoate***)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
levamlodipine maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nicardipine hcl intravenous solution	3	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
nicardipine hcl oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nifedipine oral capsule 10 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
nimodipine oral capsule	1 or 1b*	QL (12 capsule per 1 day)
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NORLIQVA ORAL SOLUTION (***amlodipine besylate***)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
NYMALIZE ORAL SOLUTION (***nimodipine***)	3	QL (60 mL per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (***nifedipine***)	3	DO
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (***nifedipine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 90 MG (***nifedipine***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG (***nisoldipine***)	3	DO
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG (***nisoldipine***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	DO
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	QL (3 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	3	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg	1 or 1b*	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg	1 or 1b*	DO
verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
verapamil hcl intravenous solution	1 or 1b*	
verapamil hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG (***verapamil hcl***)	3	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (***verapamil hcl***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG (***verapamil hcl***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (***verapamil hcl***)	3	DO
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG (***verapamil hcl***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CARDIAC GLYCOSIDES - DRUGS FOR THE HEART**		
digoxin injection solution	1 or 1b*	
digoxin oral solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg	1 or 1b*	DO
digoxin oral tablet 250 mcg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN INJECTION SOLUTION (***digoxin***)	3	
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (***digoxin***)	2	
INOTROPES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
dobutamine hcl intravenous solution	1 or 1b*	
DOBUTAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
milrinone lactate in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	
milrinone lactate intravenous solution	1 or 1b*	
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (***amlodipine-atorvastatin***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (***amlodipine-atorvastatin***)	3	DO
CARDIAC MYOSIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
CAMZYOS ORAL CAPSULE (***mavacamten***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE (***sacubitril-valsartan***)	2	QL (8 capsules per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (***sacubitril-valsartan***)	2	QL (6 tablets per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (***sacubitril-valsartan***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
NITRATE & VASODILATOR COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
BIDIL ORAL TABLET (***isosorb dinitrate-hydralazine***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
OPSYNVI ORAL TABLET (***macitentan-tadalafil***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS - DRUGS FOR THE HEART**		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT (***alprostadil (vasodilator)***)	3	PA
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED (***alprostadil (vasodilator)***)	3	PA
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT (***alprostadil (vasodilator)***)	3	PA
PROSTAGLANDIN VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***epoprostenol sodium***)	3	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; SP
treprostinil injection solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYVASO INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***epoprostenol sodium***)	3	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (***iloprost***)	3	PA; LD; QL (9 mL per 1 day); SP
PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ADEMPAS ORAL TABLET (***riociguat***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR - DRUGS FOR THE HEART**		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT (***sotatercept-csrk***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 21 days); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ambrisentan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
bosentan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (***macitentan***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (***bosentan***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
alyq oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
sildenafil citrate intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
sildenafil citrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
tadalafil (pah) oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION (***tadalafil (pah)***)	3	PA; LD; QL (10 ml per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***selexipag***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (***selexipag***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (***selexipag***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA
***SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART**		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (***dehydrated alcohol***)	3	
***SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CORLANOR ORAL SOLUTION (***ivabradine hcl***)	3	PA; QL (4 ampules per 1 day)
ivabradine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
TRANSTHYRETIN STABILIZERS - DRUGS FOR THE HEART**		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (***tafamidis***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (***tafamidis meglumine (cardiac)***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC) - DRUGS FOR ANGINA**		
VERQUVO ORAL TABLET (***vericiguat***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CEPHALOSPORIN COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ceftazidime-avibactam***)	3	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ceftolozane-tazobactam***)	3	
CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefadroxil oral capsule	1 or 1b*	
cefadroxil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefadroxil oral tablet	1 or 1b*	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg	1 or 1b*	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	3	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 3-4 gm/150ml-%	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
cephalexin oral capsule	1 or 1a*	
cephalexin oral suspension reconstituted	1 or 1a*	
cephalexin oral tablet	1 or 1a*	
CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION - ANTIBIOTICS**		
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
cefaclor oral capsule	1 or 1b*	
cefaclor oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***cefotetan disodium***)	3	
cefotetan disodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	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	1 or 1b*	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefdinir oral capsule	1 or 1b*	
cefdinir oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefixime oral capsule	1 or 1b*	
cefixime oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefotaxime sodium injection solution reconstituted	3	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefpodoxime proxetil oral tablet	1 or 1b*	
ceftazidime injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftazidime intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	QL (3000 mL per 30 days)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 fills)
CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL (1 vial per 30 days)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 fills)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 days)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (60 IV Bags per 30 days)
tazicef injection solution reconstituted	1 or 1b*	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (***ceftazidime sodium in dextrose***)	3	
tazicef intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefepime hcl injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	1 or 1b*	
CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION - ANTIBIOTICS**		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ceftaroline fosamil***)	3	
CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES - ANTIBIOTICS**		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***cefiderocol sulfate tosylate***)	3	
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN**		
BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
azurette oral tablet	1 or 1b*; $0	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
kariva oral tablet	1 or 1b*; $0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (***norethin-eth estrad-fe biphas***)	2	$0
pimtrea oral tablet	1 or 1b*; $0	
simliya oral tablet	1 or 1b*; $0	
viorele oral tablet	1 or 1b*; $0	
volnea oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
afirmelle oral tablet	1 or 1a*; $0	
altavera oral tablet	1 or 1a*; $0	
alyacen 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
apri oral tablet	1 or 1a*; $0	
aubra eq oral tablet	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
microgestin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
mili oral tablet	1 or 1a*; $0	
mono-linyah oral tablet	1 or 1a*; $0	
necon 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nikki oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
ocella oral tablet	1 or 1b*; $0	
philith oral tablet	1 or 1a*; $0	
portia-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
reclipsen oral tablet	1 or 1a*; $0	
sprintec 28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
sronyx oral tablet	1 or 1a*; $0	
syeda oral tablet	1 or 1b*; $0	
tarina 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
tarina fe 1/20 eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
taysofy oral capsule	1 or 1b*; $0	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; $0	
tydemy oral tablet	1 or 1b*; $0	
vestura oral tablet	1 or 1b*; $0	
vienva oral tablet	1 or 1a*; $0	
vyfemla oral tablet	1 or 1a*; $0	
vylibra oral tablet	1 or 1a*; $0	
wera oral tablet	1 or 1a*; $0	
wymzya fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
zovia 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***levonorgestrel-eth estradiol***)	3	$0
xulane transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
zafemy transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ANNOVERA VAGINAL RING (***segesterone-ethinyl estradiol***)	3	$0
NUVARING VAGINAL RING (***etonogestrel-ethinyl estradiol***)	1 or 1b*	
CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
amethyst oral tablet	1 or 1b*; $0	
dolishale oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg	1 or 1b*; $0	
COPPER CONTRACEPTIVES - IUD - BIRTH CONTROL PILLS**		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***copper***)	3	
EMERGENCY CONTRACEPTIVES - BIRTH CONTROL PILLS**		
aftera oral tablet	1 or 1b*; $0	
afterpill oral tablet	1 or 1b*; $0	
CURAE ORAL TABLET (***levonorgestrel***)	1 or 1b*; $0	
econtra one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
ELLA ORAL TABLET (***ulipristal acetate***)	3; $0	
HER STYLE ORAL TABLET (***levonorgestrel***)	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel oral tablet	1 or 1b*; $0	
my choice oral tablet	1 or 1b*; $0	
my way oral tablet	1 or 1b*; $0	
new day oral tablet	1 or 1b*; $0	
opcicon one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
option 2 oral tablet	1 or 1b*; $0	
react oral tablet	1 or 1b*; $0	
take action oral tablet	1 or 1b*; $0	
EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ashlyna oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese lo oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
camrese oral tablet	1 or 1b*; $0	
daysee oral tablet	1 or 1b*; $0	
iclevia oral tablet	1 or 1b*; $0	
introvale oral tablet	1 or 1b*; $0	
jaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
jolessa oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth est & eth est oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet	1 or 1b*; $0	
lojaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
rivelsa oral tablet	1 or 1b*; $0	
setlakin oral tablet	1 or 1b*; $0	
simpesse oral tablet	1 or 1b*; $0	
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS - BIRTH CONTROL PILLS**		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (***etonogestrel***)	3	LD; SP
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE - BIRTH CONTROL PILLS**		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***medroxyprogesterone acetate***)	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***medroxyprogesterone acetate***)	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***medroxyprogesterone acetate***)	3; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension	1 or 1b*; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe	1 or 1b*; $0	
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD - BIRTH CONTROL PILLS**		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
camila oral tablet	1 or 1b*; $0	
deblitane oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
errin oral tablet	1 or 1b*; $0	
heather oral tablet	1 or 1b*; $0	
incassia oral tablet	1 or 1b*; $0	
jencycla oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyleq oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyza oral tablet	1 or 1b*; $0	
nora-be oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone oral tablet	1 or 1b*; $0	
norlyroc oral tablet	1 or 1b*; $0	
OPILL ORAL TABLET (***norgestrel***)	2; $0	
sharobel oral tablet	1 or 1b*; $0	
SLYND ORAL TABLET (***drospirenone***)	3	$0
TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
alyacen 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aranelle oral tablet	1 or 1a*; $0	
dasetta 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
enpresse-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
leena oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonest oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
norgestim-eth estrad triphasic oral tablet	1 or 1b*; $0	
nortrel 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
pirmella 7/7/7 oral tablet	1 or 1a*; $0	
tilia fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-estarylla oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-legest fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-linyah oral tablet	1 or 1b*; $0	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tri-sprintec oral tablet	1 or 1b*; $0	
trivora (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
tri-vylibra lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-vylibra oral tablet	1 or 1b*; $0	
velivet oral tablet	1 or 1a*; $0	
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES**		
GLUCOCORTICOSTEROIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (***hydrocortisone***)	3	PA
budesonide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
budesonide oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
CORTEF ORAL TABLET (***hydrocortisone***)	3	
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (***methylprednisolone acetate***)	3	
DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (***dexamethasone***)	2	
dexamethasone oral elixir	1 or 1a*	
dexamethasone oral solution	1 or 1a*	
dexamethasone oral tablet	1 or 1a*	
dexamethasone oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
dexamethasone sod phos +rfid injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
HEMADY ORAL TABLET (***dexamethasone***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION (***triamcinolone hexacetonide***)	3	
hidex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
hydrocortisone oral tablet	1 or 1b*	
hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
KENALOG-10 INJECTION SUSPENSION (***triamcinolone acetonide***)	3	
KENALOG-40 INJECTION SUSPENSION (***triamcinolone acetonide***)	3	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION (***triamcinolone acetonide***)	3	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (***methylprednisolone***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (***methylprednisolone***)	2	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK (***methylprednisolone***)	3	
methylprednisolone oral tablet	1 or 1a*	
methylprednisolone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG (***prednisolone sodium phosphate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (***prednisolone sodium phosphate***)	3	DO
PEDIAPRED ORAL SOLUTION (***prednisolone sodium phosphate***)	3	
prednisolone oral solution	1 or 1a*	
prednisolone oral tablet	1 or 1b*	
prednisolone sodium phosphate oral solution	1 or 1a*	
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	DO
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (***prednisone***)	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 (***hydrocortisone sod succinate***)	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***methylprednisolone sodium succ***)	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***methylprednisolone sodium succ***)	3	
taperdex 12-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 7-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***budesonide***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***budesonide***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***triamcinolone acetonide***)	3	PA; LD; QL (1 injection per 1 knee)
MINERALOCORTICOIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
fludrocortisone acetate oral tablet	1 or 1b*	
STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (***betamethasone sod phos & acet***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC - DRUGS FOR ALLERGIES**		
benzonatate oral capsule	1 or 1b*	
ANTITUSSIVE - OPIOID - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
HYCODAN ORAL SOLUTION (***hydrocodone bit-homatrop mbr***)	3	AL; QL (150 mL per 5 days)
HYCODAN ORAL TABLET (***hydrocodone bit-homatrop mbr***)	3	PA; QL (30 tablets per 5 days)
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet	1 or 1a*	PA; QL (30 tablets per 5 days)
hydromet oral solution	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
ANTITUSSIVE-EXPECTORANT - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID	3	AL
g tussin ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
guaifenesin-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID (***guaifenesin-codeine***)	2	AL
maxi-tuss ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID (***guaifenesin-codeine***)	3	AL
ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	AL
TUSNEL C ORAL SYRUP (***pseudoephedrine-codeine-gg***)	2	PA; QL (200 mL per 5 days)
DECONGESTANT & ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (***desloratadine-pseudoephedrine***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
promethazine vc oral syrup	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
promethazine-phenylephrine oral syrup	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
MISC. RESPIRATORY INHALANTS - DRUGS FOR ALLERGIES**		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 % (***sodium chloride***)	3	
sodium chloride (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)	1 or 1b*	
sodium chloride (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	1 or 1b*	
sodium chloride inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
MUCOLYTICS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
acetylcysteine inhalation solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ACNE COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-3.75 %	1 or 1b*	
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
clindamycin-tretinoin external gel	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
neuac external gel	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
ACNE PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE (***isotretinoin micronized***)	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE (***isotretinoin***)	3	PA
accutane oral capsule	2	PA
adapalene external cream	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
adapalene external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene external pad	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
amnesteem oral capsule	2	PA
claravis oral capsule	2	PA
isotretinoin oral capsule	2	PA
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL (***tretinoin microsphere***)	3	PA; QL (50 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL (***tretinoin microsphere***)	3	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin external cream	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin microsphere external gel	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %	1 or 1b*	
WINLEVI EXTERNAL CREAM (***clascoterone***)	2	PA; QL (60 grams per 30 days)
zenatane oral capsule	2	PA
AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (***sinecatechins***)	3	ST; QL (30 grams per 28 days)
AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS - DRUGS FOR THE SKIN**		
RENOVA EXTERNAL CREAM (***tretinoin (facial wrinkles)***)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (***tretinoin (facial wrinkles)***)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (***neomycin-fluocinolone***)	3	
ANTIBIOTICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
gentamicin sulfate external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (***miconazole-zinc oxide-petrolat***)	3	QL (50 grams per 30 days)
ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ciclodan external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
ciclopirox external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ciclopirox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox olamine external cream	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
ciclopirox olamine external suspension	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
nystatin (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 1 %	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 2 %	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external gel	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL (***naftifine hcl***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
nyamyc external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystatin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystop external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 1 %	1 or 1b*	BE; QL (1000 gm per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (***mechlorethamine hcl (topical)***)	3	PA; LD; QL (1 tube per 30 days)
ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
CARAC EXTERNAL CREAM (***fluorouracil***)	3	ST; QL (30 gm per 365 days)
EFUDEX EXTERNAL CREAM (***fluorouracil***)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
fluorouracil external cream	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)
fluorouracil external solution	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM (***fluorouracil***)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 3 %	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
PANRETIN EXTERNAL GEL (***alitretinoin***)	3	LD; SP
ANTIPRURITICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
doxepin hcl external cream	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC - DRUGS FOR THE SKIN**		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
acitretin oral capsule 25 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	3	LD; SP
methoxsalen rapid oral capsule	1 or 1b*	LD; SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (***spesolimab-sbzo***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 year)
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***spesolimab-sbzo***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (***guselkumab***)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (***guselkumab***)	3	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (***guselkumab***)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (***guselkumab***)	3	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
ANTIPSORIATICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external foam	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
calcitrene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcitriol external ointment	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
tazarotene external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
tazarotene external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (***tazarotene***)	3	QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % (***roflumilast***)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ANTISEBORRHEIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
selenium sulfide external lotion	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
XERESE EXTERNAL CREAM (***acyclovir-hydrocortisone***)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
ANTIVIRALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM (***penciclovir***)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
penciclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (***acyclovir***)	3	QL (30 gm per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (***ruxolitinib phosphate***)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE SKIN**		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***dupilumab***)	3	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***dupilumab***)	3	PA; LD; SP
BURN PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
mafenide acetate external packet	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM (***silver sulfadiazine***)	3	
silver sulfadiazine external cream	1 or 1a*	
ssd external cream	1 or 1a*	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (***mafenide acetate***)	3	
CORTICOSTEROIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ala-cort external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
amcinonide external cream	3	QL (2 grams per 1 day)
betamethasone dipropionate aug external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone valerate external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone valerate external foam	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
betamethasone valerate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone valerate external ointment	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clobetasol propionate e external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate emulsion external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external foam	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
clobetasol propionate external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydrocortisone butyrate external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external lotion	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
hydrocortisone butyrate external ointment	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external solution	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
hydrocortisone external cream 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone external lotion 2.5 %	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
hydrocortisone external ointment 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone valerate external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone valerate external ointment	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
mometasone furoate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
tovet external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external aerosol solution	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external lotion	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
triamcinolone in absorbase external ointment	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
triderm external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
DEPIGMENTING COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (***fluocin-hydroquinone-tretinoin***)	3	
EMOLLIENT/KERATOLYTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
xirun external gel	3	
ENZYMES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEXOBRID EXTERNAL GEL (***anacaulase-bcdb***)	3	PA; LD; QL (440 grams per 2 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT (***collagenase***)	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***onabotulinumtoxina (cosmetic)***)	3	PA; LD
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***daxibotulinumtoxina-lanm***)	3	PA; LD
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***prabotulinumtoxina-xvfs (cosm)***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole external cream	1 or 1b*	QL (113 grams per 30 days)
econazole nitrate external cream	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM (***econazole nitrate***)	3	ST; QL (70 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM (***sertaconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL CREAM (***sulconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (***sulconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (***efinaconazole***)	3	QL (8 mL per 30 days)
ketoconazole external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
ketoconazole external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
ketoconazole external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ketodan external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
luliconazole external cream	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM (***luliconazole***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
oxiconazole nitrate external cream	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION (***oxiconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
sulconazole nitrate external cream	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
sulconazole nitrate external solution	1 or 1b*	ST; QL (60 mL per 30 days)
IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
imiquimod external cream 3.75 %	1 or 1b*	QL (28 units per 28 days)
imiquimod external cream 5 %	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
imiquimod pump external cream	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM (***imiquimod***)	3	ST; QL (28 units per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % (***imiquimod***)	3	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (***imiquimod***)	3	ST; QL (1 bottle per 28 days)
KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
CONDYLOX EXTERNAL GEL (***podofilox***)	3	ST; QL (7 grams per 28 days)
podofilox external gel	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)
podofilox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANTH EXTERNAL SOLUTION (***cantharidin***)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
LINIMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
dyclopro external solution	3	
glydo external prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine external ointment 5 %	1 or 1b*	QL (5 grams per 1 day)
lidocaine external patch 5 %	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine hcl external solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine (Tridacaine Ii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine (Tridacaine Iii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH (***lidocaine***)	2	PA; QL (3 patches per 1 day)
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
HYFTOR EXTERNAL GEL (***sirolimus***)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
pimecrolimus external cream	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
tacrolimus external ointment	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE) - DRUGS FOR THE SKIN**		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT (***afamelanotide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 implant per 2 months)
MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
KLISYRI (250 MG) EXTERNAL OINTMENT (***tirbanibulin***)	3	
KLISYRI (350 MG) EXTERNAL OINTMENT (***tirbanibulin***)	3	
MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
MISC. TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
QBREXZA EXTERNAL PAD (***glycopyrronium tosylate***)	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
tavaborole external solution	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (***crisaborole***)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMELUZ EXTERNAL GEL (***aminolevulinic acid hcl***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***aminolevulinic acid hcl***)	3	
PROSTAGLANDINS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
bimatoprost external solution	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION (***bimatoprost***)	3	
ROSACEA AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
azelaic acid external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
brimonidine tartrate external gel	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
FINACEA EXTERNAL FOAM (***azelaic acid***)	2	QL (1.67 grams per 1 day)
ivermectin external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
METROCREAM EXTERNAL CREAM (***metronidazole***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external gel 0.75 %	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
metronidazole external gel 1 %	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
metronidazole external lotion	1 or 1b*	QL (59 mL per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL (***brimonidine tartrate***)	3	QL (30 grams per 30 days)
RHOFADE EXTERNAL CREAM (***oxymetazoline hcl***)	3	QL (30 grams per 30 days)
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM (***ivermectin***)	2	QL (45 grams per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM (***minocycline hcl micronized***)	2	QL (1 gram per 1 day)
SCABICIDES & PEDICULICIDES - DRUGS FOR THE SKIN**		
crotan external lotion	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ELIMITE EXTERNAL CREAM (***permethrin***)	3	QL (120 grams per 30 days)
malathion external lotion	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (***spinosad***)	3	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION (***malathion***)	3	QL (4 mL per 1 day)
permethrin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
spinosad external suspension	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
SCAR TREATMENT PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
COPASIL EXTERNAL GEL (***scar treatment products***)	3	
***SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN**		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION (***hydrogen peroxide***)	3	
STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM (***pramoxine-hc***)	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (***pramoxine-hc***)	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (***pramoxine-hc***)	2	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TAR PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
coal tar external solution	1 or 1b*	
TISSUE REPLACEMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (***amniotic membrane allograft***)	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM (***umbilical cord allograft***)	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK (***amniotic membrane allograft***)	3	
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 2 CM X 4 CM , 3 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM , 3.5 CM X 3.5 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 5 CM X 5.5 CM , 5 CM X 6 CM , 7 CM X 7 CM (***amniotic membrane allograft***)	3	
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (***amniotic membrane allograft***)	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (***amniotic memb-fluid allograft***)	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (***amniotic fluid allograft***)	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM (***skin allograft (human)***)	3	
TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
lidocaine-prilocaine external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
lidocaine-prilocaine external kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (***lidocaine hcl-blood collection***)	3	
TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
bexarotene external gel	1 or 1b*	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL (***bexarotene***)	3	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TOPICAL STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene-betameth diprop external ointment	2	ST; QL (400 grams per 28 days)
calcipotriene-betameth diprop external suspension	2	ST; QL (420 grams per 28 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION (***halobetasol prop-tazarotene***)	3	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM (***calcipotriene-betameth diprop***)	3	QL (420 grams per 28 days)
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (***calcipotriene-betameth diprop***)	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
finasteride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	
PROPECIA ORAL TABLET (***finasteride***)	3	
WOUND CARE - GROWTH FACTOR AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
REGRANEX EXTERNAL GEL (***becaplermin***)	3	QL (15 grams per 30 days)
WOUND CLEANSERS/DECUBITUS ULCER THERAPY - DRUGS FOR THE SKIN**		
LAVARE WOUND WASH EXTERNAL GEL	3	
WOUND DRESSINGS - DRUGS FOR THE SKIN**		
FILSUVEZ EXTERNAL GEL (***birch triterpenes***)	3	PA; LD
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (***hydroactive dressings***)	3	
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
DIAGNOSTIC TESTS**		
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
DIGESTIVE ENZYMES - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	2	QL (25 capsules per 1 day)
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
SUCRAID ORAL SOLUTION (***sacrosidase***)	3	PA; LD; QL (360 mL per 30 days)
VIOKACE ORAL TABLET (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	2	QL (25 tablets per 1 day)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	2	QL (25 capsules per 1 day)
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
acetazolamide oral tablet	1 or 1b*	
acetazolamide sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
dichlorphenamide oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet)	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	
spironolactone-hctz oral tablet	1 or 1b*	
triamterene-hctz oral capsule	1 or 1a*	
triamterene-hctz oral tablet	1 or 1a*	
LOOP DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
bumetanide injection solution	1 or 1b*	
bumetanide oral tablet	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET (***bumetanide***)	3	
EDECRIN ORAL TABLET (***ethacrynic acid***)	3	
ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ethacrynic acid oral tablet	1 or 1b*	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT (***furosemide***)	3	PA; LD; QL (6 kits per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
furosemide injection solution	1 or 1a*	
furosemide oral solution	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET (***furosemide***)	3	
torsemide oral tablet	1 or 1b*	
OSMOTIC DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
mannitol intravenous solution	1 or 1b*	
osmitrol intravenous solution	1 or 1b*	
POTASSIUM SPARING DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ALDACTONE ORAL TABLET (***spironolactone***)	3	
amiloride hcl oral tablet	1 or 1b*	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION (***spironolactone***)	3	
spironolactone oral suspension	1 or 1b*	
spironolactone oral tablet	1 or 1a*	
triamterene oral capsule	1 or 1b*	
THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
chlorthalidone oral tablet	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION (***chlorothiazide***)	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 (***chlorthalidone***)	3	
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES**		
ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
MIFEPREX ORAL TABLET (***mifepristone***)	3	$0 for Fully insured members in California
mifepristone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	$0 for Fully insured members in California
ACID SPHINGOMYELINASE DEFICIENCY (ASMD) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***olipudase alfa-rpcp***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (***elapegademase-lvlr***)	3	PA; LD
ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***velmanase alfa-tycv***)	3	PA; LD
BISPHOSPHONATES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (***risedronate sodium***)	3	QL (0.04 tablets per 1 day)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (***risedronate sodium***)	3	QL (4 tablets per 28 days)
alendronate sodium oral solution	1 or 1b*	QL (10.72 mg per 1 day)
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
ATELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***risedronate sodium***)	3	QL (4 tablets per 28 days)
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (***alendronate sodium***)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET (***alendronate sodium***)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (***alendronate-cholecalciferol***)	2	QL (0.15 tablets per 1 day)
ibandronate sodium intravenous solution	1 or 1b*	LD
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	1 or 1b*	LD; SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	3	LD; SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (***zoledronic acid***)	3	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
risedronate sodium oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
zoledronic acid intravenous concentrate	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML	3	PA; LD; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	1 or 1b*	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
CALCIMIMETIC AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (***etelcalcetide hcl***)	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CALCITONINS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitonin (salmon) injection solution	1 or 1b*	LD
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (***calcitonin (salmon)***)	3	LD
CARNITINE REPLENISHER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (***levocarnitine***)	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION (***levocarnitine***)	3	
CARNITOR ORAL TABLET (***levocarnitine***)	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION (***levocarnitine***)	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*	
CKD AGENT-SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XPHOZAH ORAL TABLET (***tenapanor hcl (ckd)***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CORTICOTROPIN - HORMONES**		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (***corticotropin***)	3	PA; LD; SP
ACTHAR INJECTION GEL (***corticotropin***)	3	PA; LD; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (***corticotropin***)	3	PA; LD; SP
CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS - HORMONES**		
ISTURISA ORAL TABLET (***osilodrostat phosphate***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
FABRY DISEASE - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION (***pegunigalsidase alfa-iwxj***)	3	PA; LD; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***agalsidase beta***)	3	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (***migalastat hcl***)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)
GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alglucosidase alfa***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***avalglucosidase alfa-ngpt***)	3	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (***miglustat (gaa deficiency)***)	3	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***cipaglucosidase alfa-atga***)	3	PA; LD; SP
GNRH/LHRH ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cetrorelix acetate subcutaneous kit	1 or 1b*	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (***cetrorelix acetate***)	3	PA; LD; SP
fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	PA; LD; SP
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (***elagolix sodium***)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG (***elagolix sodium***)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR GROWTH**		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pegvisomant***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH) - DRUGS FOR GROWTH**		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tesamorelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
GROWTH HORMONES - DRUGS FOR GROWTH**		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (***somatropin (non-refrigerated)***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (***somatropin (non-refrigerated)***)	3	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (***lonapegsomatropin-tcgd***)	3	PA; LD; QL (8 cartridges per 28 days); SP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG (***lonapegsomatropin-tcgd***)	3	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XURIDEN ORAL PACKET (***uridine triacetate***)	3	PA; LD; QL (4 packets per 1 day)
HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; LD; SP
nitisinone oral capsule 20 mg	1 or 1b*	PA; LD
NITYR ORAL TABLET (***nitisinone***)	3	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE (***nitisinone***)	3	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION (***nitisinone***)	3	PA; LD
HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
betaine oral powder	1 or 1b*	LD
CYSTADANE ORAL POWDER (***betaine***)	3	LD
HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
carglumic acid oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; LD
HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitriol intravenous solution	1 or 1b*	PA
calcitriol oral capsule	1 or 1b*	PA
calcitriol oral solution	1 or 1b*	PA
doxercalciferol intravenous solution	1 or 1b*	PA
doxercalciferol oral capsule	1 or 1b*	PA
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION (***doxercalciferol***)	3	PA
paricalcitol intravenous solution	1 or 1b*	PA
paricalcitol oral capsule	1 or 1b*	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (***calcifediol***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (***paricalcitol***)	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (***paricalcitol***)	3	PA
HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (***asfotase alfa***)	3	PA; LD
INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R) - DRUGS FOR THYROID**		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***teprotumumab-trbw***)	3	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS) - HORMONES**		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (***mecasermin***)	3	PA; LD; SP
LEPTIN ANALOGUES - HORMONES**		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***metreleptin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS - DRUGS FOR WOMEN**		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT (***leuprolide acetate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 12 weeks); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (***histrelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (***nafarelin acetate***)	3	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 168 days)
LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (***sebelipase alfa***)	3	PA; LD; SP
MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fosdenopterin hydrobromide***)	3	PA; LD
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (***laronidase***)	3	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (***idursulfase***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (***elosulfase alfa***)	3	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (***galsulfase***)	3	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (***vestronidase alfa-vjbk***)	3	PA; LD
NATRIURETIC PEPTIDES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***vosoritide***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
VEOZAH ORAL TABLET (***fezolinetant***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
KERENDIA ORAL TABLET (***finerenone***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS - DRUGS FOR WOMEN**		
CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***follitropin alfa***)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***follitropin alfa***)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***follitropin alfa***)	3	PA; LD; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***menotropins***)	3	PA; LD; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chorionic gonadotropin***)	2	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***choriogonadotropin alfa***)	3	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chorionic gonadotropin***)	3	PA; LD; SP
OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC - DRUGS FOR WOMEN**		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet)	1 or 1b*	PA
clomiphene citrate oral tablet	1 or 1b*	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***teriparatide***)	3	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml	3	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	3	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Packet)	1 or 1b*	PA; LD
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet)	1 or 1b*	PA; LD
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (***pegvaliase-pqpz***)	3	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (***pegvaliase-pqpz***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
sapropterin dihydrochloride oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
sapropterin dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; SP
RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***denosumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 180 days); SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***denosumab***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
SCLEROSTIN INHIBITORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***romosozumab-aqqg***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
EVISTA ORAL TABLET (***raloxifene hcl***)	3; $0	QL (1 tablet per 1 day)
OSPHENA ORAL TABLET (***ospemifene***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
JYNARQUE ORAL TABLET (***tolvaptan***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (***tolvaptan***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
tolvaptan oral tablet 30 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOMATOSTATIC AGENTS - DRUGS FOR GROWTH**		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
octreotide acetate injection solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
octreotide acetate intramuscular kit 20 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
octreotide acetate intramuscular kit 30 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***pasireotide pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (***pasireotide diaspartate***)	3	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lanreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
UREA CYCLE DISORDER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (***sod benz-sod phenylacet***)	3	
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLET (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (8 bottles per 30 days); SP
RAVICTI ORAL LIQUID (***glycerol phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (17.5 mL per 1 day); SP
sod benz-sod phenylacet intravenous solution	1 or 1b*	
sodium phenylbutyrate oral powder	1 or 1b*	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
sodium phenylbutyrate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
VASOPRESSIN - HORMONES**		
DDAVP INJECTION SOLUTION (***desmopressin acetate***)	3	LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (***desmopressin acetate***)	3	LD; DO
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (***desmopressin acetate***)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
DDAVP PF INJECTION SOLUTION (***desmopressin acetate***)	3	LD
desmopressin ace spray refrig nasal solution	1 or 1b*	
desmopressin acetate injection solution	1 or 1b*	LD
DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLUTION	3	LD; QL (5 mL per 30 days)
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg	1 or 1b*	LD; DO
desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day)
desmopressin acetate pf injection solution	1 or 1b*	LD
desmopressin acetate spray nasal solution	1 or 1b*	
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***desmopressin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***terlipressin acetate***)	3	
vasopressin +rfid intravenous solution	1 or 1b*	
vasopressin intravenous solution	1 or 1b*	
vasopressin-sodium chloride intravenous solution	3	
VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION (***vasopressin***)	3	
X-LINKED HYPOPHOSPHATEMIA (XLH) TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (***burosumab-twza***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML (***burosumab-twza***)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML (***burosumab-twza***)	3	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP
***ESTROGENS* - HORMONES**		
ESTROGEN & PROGESTIN - DRUGS FOR WOMEN**		
ACTIVELLA ORAL TABLET (***estradiol-norethindrone acet***)	3	
ANGELIQ ORAL TABLET (***drospirenone-estradiol***)	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE (***estradiol-progesterone***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***estradiol-levonorgestrel***)	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (***estradiol-norethindrone acet***)	2	QL (8 patch per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet	1 or 1b*	
fyavolv oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BAXDELA ORAL TABLET (***delafloxacin meglumine***)	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***ciprofloxacin***)	3	
CIPRO ORAL TABLET (***ciprofloxacin hcl***)	3	
ciprofloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin intravenous solution	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
levofloxacin oral solution	1 or 1b*	
levofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
moxifloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CHOLBAM ORAL CAPSULE (***cholic acid***)	3	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day)
CIC AGENTS - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS - DRUGS FOR CONSTIPATION**		
TRULANCE ORAL TABLET (***plecanatide***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
OCALIVA ORAL TABLET (***obeticholic acid***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
URSO FORTE ORAL TABLET (***ursodiol***)	3	
ursodiol oral capsule 300 mg	1 or 1b*	
ursodiol oral tablet	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
cromolyn sodium oral concentrate	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE (***cromolyn sodium***)	3	
GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
lubiprostone oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GASTROINTESTINAL STIMULANTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
GIMOTI NASAL SOLUTION (***metoclopramide hcl***)	3	PA; QL (1 bottle per 4 weeks)
metoclopramide hcl injection solution	1 or 1a*	
metoclopramide hcl oral solution	1 or 1a*	QL (60 mL per 1 day)
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
metoclopramide hcl oral tablet 5 mg	1 or 1a*	QL (12 tablets per 1 day)
metoclopramide hcl oral tablet dispersible	1 or 1a*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 10 MG (***metoclopramide hcl***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 5 MG (***metoclopramide hcl***)	3	QL (12 tablets per 1 day)
GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-2 (GLP-2) ANALOGS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT (***teduglutide (rdna)***)	3	PA; LD; SP
HEPATOTROPICS - THYROID HORMONE RECEPTOR-BETA AGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
REZDIFFRA ORAL TABLET (***resmetirom***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS - DRUGS FOR CONSTIPATION**		
LINZESS ORAL CAPSULE (***linaclotide***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
IBS AGENT - MU-OPIOID RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
VIBERZI ORAL TABLET (***eluxadoline***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
alosetron hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (10 pellets per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML (***maralixibat chloride***)	3	PA; LD; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (***maralixibat chloride***)	3	PA; LD; QL (90 mL per 30 days)
INFLAMMATORY BOWEL AGENTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***mesalamine***)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***sulfasalazine***)	3	QL (8 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AZULFIDINE ORAL TABLET (***sulfasalazine***)	3	QL (8 tablet per 1 day)
balsalazide disodium oral capsule	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY (***mesalamine***)	3	QL (1 suppository per 1 day)
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***mesalamine***)	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
DIPENTUM ORAL CAPSULE (***olsalazine sodium***)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
mesalamine er oral capsule extended release	1 or 1b*	QL (8 capsule per 1 day)
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
mesalamine oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
mesalamine oral tablet delayed release 800 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
mesalamine rectal enema	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
mesalamine rectal suppository	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
mesalamine-cleanser rectal kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (***mesalamine***)	2	QL (16 capsule per 1 day)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG (***mesalamine***)	3	ST; QL (8 capsule per 1 day)
ROWASA RECTAL KIT (***mesalamine-cleanser***)	3	QL (1 kit per 30 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA (***mesalamine***)	3	QL (60 mL per 1 day)
sulfasalazine oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
sulfasalazine oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***vedolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP
INTERLEUKIN ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (30 mL per 365 days); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (4 vial per 365 days); SP
INTESTINAL ACIDIFIERS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
enulose oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
generlac oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
lactulose encephalopathy oral solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH**		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION (***fecal microbiota, live-jslm***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (***fecal microb spores, live-brpk***)	3	PA; LD; QL (12 capsules per 1 lifetime)
PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
alvimopan oral capsule	1 or 1b*	
MOVANTIK ORAL TABLET (***naloxegol oxalate***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET (***methylnaltrexone bromide***)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (***methylnaltrexone bromide***)	3	ST; QL (1 syringe per 1 day)
SYMPROIC ORAL TABLET (***naldemedine tosylate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PHOSPHATE BINDER AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
AURYXIA ORAL TABLET (***ferric citrate***)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
calcium acetate (phos binder) oral capsule	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
calcium acetate oral tablet 667 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET (***lanthanum carbonate***)	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
lanthanum carbonate oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	1 or 1b*	QL (3 packets per 1 day)
sevelamer carbonate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
sevelamer hcl oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL (15 tablets per 1 day)
sevelamer hcl oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (***sucroferric oxyhydroxide***)	2	QL (3 tablets per 1 day)
TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
XERMELO ORAL TABLET (***telotristat etiprate***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab-axxq***)	3	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab***)	3	PA; LD; SP
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANESTHETICS - MISC. - DRUGS FOR SEDATION**		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (***etomidate***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (***propofol***)	3	
etomidate intravenous solution	1 or 1b*	
fresenius propoven intravenous emulsion	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION (***ketamine hcl***)	3	
ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	
propofol intravenous emulsion	1 or 1b*	
BARBITURATE ANESTHETICS - DRUGS FOR SEDATION**		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***methohexital sodium***)	3	
VOLATILE ANESTHETICS - DRUGS FOR SEDATION**		
desflurane inhalation solution	1 or 1b*	
FORANE INHALATION SOLUTION (***isoflurane***)	3	
isoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
sevoflurane inhalation solution	1 or 1b*	
SUPRANE INHALATION SOLUTION (***desflurane***)	3	
terrell inhalation solution	1 or 1b*	
ULTANE INHALATION SOLUTION (***sevoflurane***)	3	
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
dutasteride oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
finasteride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
PROSCAR ORAL TABLET (***finasteride***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***doxazosin mesylate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
silodosin oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CITRATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
potassium citrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***potassium citrate***)	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***potassium citrate***)	3	
CYSTINOSIS AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (***cysteamine bitartrate***)	3	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***cysteamine bitartrate***)	3	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (***cysteamine bitartrate***)	3	PA; LD
GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
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 (***citric ac-gluconolact-mg carb***)	3	
sodium chloride irrigation solution	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
FILSPARI ORAL TABLET (***sparsentan***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
ELMIRON ORAL CAPSULE (***pentosan polysulfate sodium***)	3	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION (***dimethyl sulfoxide***)	3	
PHOSPHATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (***pot & sod ac phosphates***)	3	
PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA) - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lumasiran sodium***)	3	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***nedosiran sodium***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***nedosiran sodium***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 30 days); SP
URINARY STONE AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
LITHOSTAT ORAL TABLET (***acetohydroxamic acid***)	3	
tiopronin oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
tiopronin oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (***dextranomer-hyaluronic acid***)	3	
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
GOUT AGENT COMBINATIONS - GOUT DRUGS**		
colchicine-probenecid oral tablet	1 or 1b*	
GOUT AGENTS - GOUT DRUGS**		
allopurinol oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
allopurinol oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***allopurinol sodium***)	3	
colchicine oral tablet	2	QL (2.3 tablet per 1 day)
febuxostat oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (***colchicine***)	3	QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (***pegloticase***)	3	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
URICOSURICS - GOUT DRUGS**		
probenecid oral tablet	1 or 1b*	
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
***AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
adzynma intravenous kit	3	PA; LD
AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA - DRUGS FOR THE BLOOD**		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (***givosiran sodium***)	3	PA; LD
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***emicizumab-kxwh***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil factor (rahf-pfm)***)	2	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (***antihemophil fact single chain***)	3	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor-vwf***)	3	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix***)	3	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (rfixfc)***)	3	PA; LD; SP
ALTUVIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact fc-vwf-xten-ehtl***)	3	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***prothrombin complex human-lans***)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (***coagulation factor ix (recomb)***)	3	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor x (human)***)	3	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (***factor xiii concentrate human***)	3	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact (bdd-rfviiifc)***)	3	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemoph fact rcmb gpeg-exei***)	3	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antiinhibitor coagulant cmplx***)	3	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fibrinogen concentrate (human)***)	3	PA; LD; SP
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	3	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor-vwf***)	3	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (rix-fp)***)	3	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (recomb)***)	3	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ahf (bdd-rfviii peg-aucl)***)	3	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (***prothrombin complex conc human***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	3	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	3	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (***antihem factor recomb (rfviii)***)	2	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil factor (rahf-pfm)***)	3	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil fact bd truncated***)	2	LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor viia recomb***)	3	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,sim)***)	3	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact (bdd-rfviii,sim)***)	3	PA; LD; SP
obizur intravenous solution reconstituted	3	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***factor ix complex***)	3	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix glycopeg***)	3	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem factor recomb (rfviii)***)	3	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fibrinogen concentrate (human)***)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor viia-jncw***)	3	PA; LD; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor xiii a-sub***)	3	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***von willebrand factor (recomb)***)	3	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (***antihemophilic factor-vwf***)	3	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,mor)***)	3	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,mor)***)	3	PA; LD; SP
ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CABLIVI INJECTION KIT (***caplacizumab-yhdp***)	3	PA; LD
BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
C1 ESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***c1 esterase inhibitor (recomb)***)	3	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
COMPLEMENT C1 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (***sutimlimab-jome***)	3	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (***pegcetacoplan***)	3	PA; LD; QL (200 mL per 30 days)
COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PIASKY INJECTION SOLUTION (***crovalimab-akkz***)	3	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (***eculizumab***)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (***ravulizumab-cwvz***)	3	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (***pozelimab-bbfg***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***zilucoplan sodium***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)
COMPLEMENT C5A INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
gohibic intravenous solution	3	
COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAVNEOS ORAL CAPSULE (***avacopan***)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FABHALTA ORAL CAPSULE (***iptacopan hcl***)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
VOYDEYA ORAL TABLET (***danicopan***)	3	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (***danicopan***)	3	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BRILINTA ORAL TABLET (***ticagrelor***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***cangrelor tetrasodium***)	3	
GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (***tirofiban hcl***)	3	
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (***tirofiban hcl in nacl***)	3	
eptifibatide intravenous solution	1 or 1b*	
tirofiban hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEMATORHEOLOGIC AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
pentoxifylline er oral tablet extended release	1 or 1b*	
HEMIN - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***hemin***)	3	LD
HUMAN PROTEIN C - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***protein c concentrate (human)***)	3	LD; SP
PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
cilostazol oral tablet	1 or 1b*	
PLASMA EXPANDERS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (***hetastarch-electrolytes***)	3	
lmd in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
lmd in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lanadelumab-flyo***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***lanadelumab-flyo***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ecallantide***)	3	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (***berotralstat hcl***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLASMA PROTEINS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION (***albumin human***)	3	
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION (***albumin human***)	3	
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION (***albumin human-kjda***)	3	
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION (***albumin human***)	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION (***albumin human***)	3	
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION (***plasma human***)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION (***plasma human***)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION (***plasma human***)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (***plasma human***)	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***plasminogen human-tvmh***)	3	PA; LD; SP
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antithrombin iii (human)***)	3	
PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***aspirin-omeprazole***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
dipyridamole oral tablet	1 or 1b*	
PROTAMINE - DRUGS FOR THE BLOOD**		
protamine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ZONTIVITY ORAL TABLET (***vorapaxar sulfate***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PYRUVATE KINASE ACTIVATORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PYRUKYND ORAL TABLET (***mitapivat sulfate***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***mitapivat sulfate***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUINAZOLINE AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
AGRYLIN ORAL CAPSULE (***anagrelide hcl***)	3	QL (20 capsules per 1 day)
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg	1 or 1b*	QL (20 capsules per 1 day)
anagrelide hcl oral capsule 1 mg	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAVALISSE ORAL TABLET (***fostamatinib disodium***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
THIENOPYRIDINE DERIVATIVES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
clopidogrel bisulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
prasugrel hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
THROMBOLYTIC AGENT - MISC - DRUGS FOR THE BLOOD**		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION (***defibrotide sodium***)	3	LD
TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alteplase***)	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***alteplase***)	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT (***tenecteplase***)	3	
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AGENTS FOR GAUCHER DISEASE - DRUGS FOR NUTRITION**		
CERDELGA ORAL CAPSULE (***eliglustat tartrate***)	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***imiglucerase***)	2	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***taliglucerase alfa***)	3	PA; LD; SP
miglustat oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***velaglucerase alfa***)	3	PA; LD; SP
miglustat (Yargesa Oral Capsule)	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
AMINO ACIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
l-glutamine oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
COBALAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*	
dodex injection solution	1 or 1a*	
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR NUTRITION**		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***motixafortide acetate***)	3	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (***plerixafor***)	3	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (***mavorixafor***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
CYTOTOXIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
DROXIA ORAL CAPSULE (***hydroxyurea***)	2	
SIKLOS ORAL TABLET (***hydroxyurea***)	3	PA; LD; SP
ERYTHROID MATURATION AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***luspatercept-aamt***)	3	PA; LD; SP
ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS) - DRUGS FOR NUTRITION**		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (***darbepoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML (***darbepoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (***darbepoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***methoxy peg-epoetin beta***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa-epbx***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
foltabs 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
FOLIC ACID/FOLATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
cvs folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
fa-8 oral capsule	1 or 1b*; $0	
folate oral tablet	1 or 1a*; $0	
folic acid injection solution	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
folic acid oral capsule 0.8 mg	1 or 1b*; $0	
folic acid oral tablet 1 mg	1 or 1a*	
folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	1 or 1a*; $0	
ft folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
gnp folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*; $0	
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
true folic acid oral tablet 400 mcg	1 or 1a*; $0	
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (***tbo-filgrastim***)	3	PA; LD; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tbo-filgrastim***)	3	PA; LD; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***pegfilgrastim***)	3	PA; LD; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***eflapegrastim-xnst***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-cbqv***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***pegfilgrastim-cbqv***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-cbqv***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***filgrastim-sndz***)	3	PA; LD; SP
GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***sargramostim***)	3	PA; LD; SP
IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (***ferric maltol***)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (***ferumoxytol***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (***na ferric gluc cplx in sucrose***)	3	PA; LD; QL (16 vials per 8 weeks); SP
ferumoxytol intravenous solution	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INFED INJECTION SOLUTION (***iron dextran***)	3	PA; LD; SP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; QL (16 vials per 8 weeks); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (***iron sucrose***)	3	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
SELECTIN BLOCKERS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (***crizanlizumab-tmca***)	3	PA; LD; SP
THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
DOPTELET ORAL TABLET (***avatrombopag maleate***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (***lusutrombopag***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***romiplostim***)	3	PA; LD; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (***eltrombopag olamine***)	2	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (***eltrombopag olamine***)	2	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (***eltrombopag olamine***)	2	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (***eltrombopag olamine***)	2	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (***eltrombopag olamine***)	2	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ARTISS EXTERNAL KIT (***fibrin sealant component***)	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (***fibrin sealant component***)	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl-gelatin***)	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl-gelatin***)	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl-gelatin***)	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl***)	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT (***fibrin sealant component***)	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (***fibrin sealant component***)	3	
HEMOSTATICS - SYSTEMIC - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (***tranexamic acid***)	3	
tranexamic acid intravenous solution	1 or 1b*	
tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
HEMOSTATICS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (***absorbable collagen hemostat***)	3	
AVITENE EXTERNAL PAD (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL (***absorbable collagen hemostat***)	3	
GELFILM EXTERNAL FILM (***gelatin absorbable***)	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
INSTAT EXTERNAL PAD (***absorbable collagen hemostat***)	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***thrombin (recombinant)***)	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***thrombin (recombinant)***)	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (***absorbable collagen hemostat***)	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH (***absorbable fibrin sealant***)	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT (***thrombin***)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT (***thrombin***)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***thrombin***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBOGEN EXTERNAL KIT (***thrombin***)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***thrombin***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
BARBITURATE HYPNOTICS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg	1 or 1b*	DO
phenobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***phenobarbital sodium***)	3	
BENZODIAZEPINE HYPNOTICS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***remimazolam besylate***)	3	LD
estazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
flurazepam hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
HALCION ORAL TABLET (***triazolam***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
midazolam hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl oral syrup	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.8 MG/100ML-%, 50-0.8 MG/50ML-%	3	
midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution	3	
quazepam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
RESTORIL ORAL CAPSULE (***temazepam***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
temazepam oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
triazolam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
doxepin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***zolpidem tartrate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
eszopiclone oral tablet 3 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
zaleplon oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
zolpidem tartrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zolpidem tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OREXIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
QUVIVIQ ORAL TABLET (***daridorexant hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES - DRUGS FOR INSOMNIA**		
dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 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 (***dexmedetomidine hcl***)	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (***dexmedetomidine hcl***)	3	
SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (***tasimelteon***)	3	PA; LD; QL (5 mL per 1 day)
ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
tasimelteon oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BOWEL EVACUANT COMBINATIONS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf***)	1 or 1a*; $0	QL (1 bottle per 30 days)
gavilyte-g oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution	1 or 1b*; $0	QL (1 kit per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT (***bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl***)	3	QL (1 kit per 30 days)
LAXATIVES - MISCELLANEOUS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
constulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
cvs purelax oral packet	1 or 1b*; $0	
cvs purelax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq laxative oral packet	1 or 1b*; $0	
eql clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
ft clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
gavilax oral powder	1 or 1b*; $0	
gentlelax oral powder	1 or 1b*; $0	
glycolax oral powder	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral packet	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
goodsense clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
healthylax oral packet	1 or 1b*; $0	
hm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
kls laxaclear oral powder	1 or 1b*; $0	
KRISTALOSE ORAL PACKET (***lactulose***)	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
lactulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
mm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
qc natura-lax oral powder	1 or 1b*; $0	
ra laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
sb polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sm 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	
LUBRICANT LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
mineral oil heavy oral oil	1 or 1b*	
SALINE LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
citrate of magnesia oral solution	1 or 1a*; $0	
citroma oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax oral suspension	1 or 1b*; $0	
eq magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
eql magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (***magnesium citrate***)	1 or 1a*; $0	
ft magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
ft milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
gentle laxative oral suspension	1 or 1b*; $0	
gnp magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
gnp milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
goodsense magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
goodsense milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
hm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (***magnesium citrate***)	1 or 1a*; $0	
phillips milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
qc magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
qc milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
ra magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
ra milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
sb magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
sb milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sm milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
STIMULANT LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
alophen oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ex-lax ultra oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
FLEET STIMULANT ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***bisacodyl***)	1 or 1a*; $0	
ft laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
LOCAL ANESTHETIC & SYMPATHOMIMETIC - DRUGS FOR SEDATION**		
articadent dental injection solution cartridge	3	
bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution	1 or 1b*	
bupivacaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (***bupivacaine-epinephrine***)	3	
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (***bupivacaine-epinephrine***)	3	
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (***articaine-epinephrine***)	3	
sensorcaine/epinephrine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% -1:200000	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% -1:200000	3	
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 % (***bupivacaine-epinephrine***)	3	
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (***lidocaine-epinephrine***)	3	
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (***lidocaine-epinephrine***)	3	
LOCAL ANESTHETICS - AMIDES - DRUGS FOR SEDATION**		
BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3	
bupivacaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
lidocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
lidocaine hcl injection solution 0.5 %	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION (***bupivacaine hcl***)	3	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION (***bupivacaine hcl***)	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT (***lidocaine hcl***)	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION (***ropivacaine hcl***)	3	
polocaine injection solution	1 or 1b*	
polocaine-mpf injection solution	1 or 1b*	
POSIMIR INJECTION SOLUTION (***bupivacaine***)	3	
ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sensorcaine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf injection solution	1 or 1b*	
XARACOLL IMPLANT IMPLANT (***bupivacaine hcl***)	3	
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION (***lidocaine hcl***)	3	
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION (***lidocaine hcl***)	3	
LOCAL ANESTHETICS - ESTERS - DRUGS FOR SEDATION**		
chloroprocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
NESACAINE INJECTION SOLUTION (***chloroprocaine hcl***)	3	
NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION (***chloroprocaine hcl***)	3	
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AZITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
azithromycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (***azithromycin***)	3	
CLARITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
clarithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
clarithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ERYTHROMYCINS - ANTIBIOTICS**		
e.e.s. 400 oral tablet	1 or 1b*	
ery-tab oral tablet delayed release	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***erythromycin lactobionate***)	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
erythromycin oral tablet delayed release	1 or 1b*	
FIDAXOMICIN - ANTIBIOTICS**		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***fidaxomicin***)	3	QL (1 bottle per 30 days)
DIFICID ORAL TABLET (***fidaxomicin***)	3	QL (20 tablets per 1 fill)
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CERVICAL CAPS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (***cervical caps***)	2; $0	
CONDOMS - FEMALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FC2 FEMALE CONDOM (***condoms - female***)	2; $0	QL (12 units per 1 fill)
CONDOMS - MALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
aimsco lubricated	2; $0	
condoms	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
DUREX REALFEEL DEVICE (***condoms non-latex lubricated***)	2; $0	
DUREX TROPICAL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
FANTASY LUBRICATED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
KAMELEON LUBRICATED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
kimono	2; $0	
KIMONO COLORS DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
KIMONO MAXX-LARGE FLARE (***condoms latex lubricated***)	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	
KIMONO SPECIAL DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
maxx	2; $0	
maxx plus	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REALITY LATEX CONDOMS (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN ENZ (***condoms latex non-lubricated***)	2; $0	
TROJAN MAGNUM (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN-ENZ LUBRICATED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
true cover device	2; $0	
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX NON-LUBRICATED (***condoms latex non-lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX RIA LUBRICATED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED (***condoms latex non-lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
REMESENSE DENTAL (***dental desensitizing product***)	3	
DENTIFRICES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
MI PASTE DENTAL PASTE (***dentifrices***)	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (***dentifrices***)	3	
DIAPHRAGMS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm arc-spring***)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragms***)	3; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
adjustable lancing device	2	
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING (***lancet devices***)	2	
ADVOCATE SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AUTO-LANCET (***lancet devices***)	2	
AUTO-LANCET MINI (***lancet devices***)	2	
AUTOLET II CLINISAFE KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
AUTOLET LITE CLINISAFE KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LITE STARTER PACK KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET MINI (***lancet devices***)	2	
AUTOLET PLATFORMS (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET PLUS (***lancet devices***)	2	
BD MICROTAINER LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARDIOCOM LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
careone advanced lancing dev	2	
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH LANCING/EJECTOR (***lancet devices***)	2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHEK LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ORIGINAL	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
cvs lancing device	2	
CVS ULTRA THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (***continuous glucose receiver***)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
DEXCOM G6 SENSOR (***continuous glucose sensor***)	2	PA; QL (3 units per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	2	PA; QL (1 unit per 90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (***continuous glucose receiver***)	2	PA; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G7 SENSOR (***continuous glucose sensor***)	2	PA; QL (3 sensors per 30 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP	2	QL (204 lancets per 30 days)
easy mini eject lancing device	2	
easy mini lancing device	2	
EASY TOUCH LANCETS 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
embrace lancing device/ejector	2	
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR (***continuous glucose sensor***)	3	PA
EQL COLOR LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL SUPER THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL THIN LANCETS 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER (***continuous glucose sensor***)	3	QL (1 sensor per 1 year)
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT (***continuous glucose transmitter***)	3	QL (1 transmitter per 1 year)
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER (***continuous glucose sensor***)	3	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (***continuous glucose sensor***)	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS THIN 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FINGERSTIX LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
FREESTYLE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL NOZZLES (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) (***lancet devices***)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) (***lancet devices***)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) (***lancet devices***)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) (***lancet devices***)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) (***lancet devices***)	2	
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
global lancing device	2	
GLUCOCOM LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCING SYSTEM DEVICE (***lancet devices***)	2	
GNP STERILE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP (***lancet devices***)	2	
GOJJI STERILE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
goodsense lancing device	2	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR (***continuous glucose sensor***)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA; QL (2 units per 1 year)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (***continuous glucose receiver***)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (***continuous glucose sensor***)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEALTH CARE LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
h-e-b incontrol adv lancing	2	
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
HYPOLANCE AST LANCING KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
HY-VEE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IHEALTH LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
IN TOUCH LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
kroger lancing device	2	
lancet device	2	
lancet device with ejector	2	
LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
lancing device	2	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LANZO (***lancet devices***)	2	
leader advanced lancing device	2	
LIBERTY MEDICAL LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIBERTY MINI LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
LITE TOUCH LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITE TOUCH LANCING PEN (***lancet devices***)	2	
LITETOUCH LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS STANDARD	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS THIN (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET NEXT LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
mini lancing device	2	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (***continuous glucose transmitter***)	3	PA
MM LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
MM TWIST LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
multi-lancet device	2	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING (***lancet devices***)	2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA
PERFECT LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
pro comfort safety lancets 30g	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
px advanced lancing device	2	
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
qc advanced lancing device	2	
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
READYLANCE SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
REALITY TRIGGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCET DEVICES 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS THIN 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
RELION LANCING DEVICE KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
RIGHTEST GL300 LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
saps health plus lancets	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPS TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
SB LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
select-lite device/lancets kit	2	QL (200 units per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
select-lite lancing device	2	
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV (***lancet devices***)	2	
SINGLE-LET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
SMART DIABETES VANTAGE LANCING (***lancet devices***)	2	
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE STANDARD LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE THIN LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMARTEST LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
STERILANCE TL (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SUPER THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 18G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
sure comfort lancing pen	2	
SURELITE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE AST LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
tgt lancing device	2	
todays health lancing device	2	
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
true comfort safety lancets	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEDRAW LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
TRUEPLUS LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
twist top lancets 30g	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTI-LANCE AUTOMATIC (***lancet devices***)	2	
ULTILET CLASSIC LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA THIN LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-CARE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II AUTO LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE II (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET GP 28 ULTRA THIN (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPER-THIN 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 1 (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 COMFORT (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 EXTRA (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NEONATAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NORMAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK 2 SUPER (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 COMFORT (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 EXTRA (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 NEONATAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 NORMAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK CZT COMFORT (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK CZT NORMAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK NORMAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
value plus lancing device	2	
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WALGREENS LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS THIN LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
NEEDLES & SYRINGES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
aq insulin syringe	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
aqinject pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
aum insulin safety pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
aum pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (***insulin pen needle***)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MEIJER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MICRODOT PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MM PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE (***insulin syringes (disposable)***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pen needle/5-bevel tip	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PEN NEEDLES 5/16"	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pip pen needles 31g x 5mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
pip pen needles 32g x 4mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 6 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 31G X 8 MM (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pure comfort safety pen needle	3	QL (200 needles per 30 days)
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PX MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RA INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
raya sure pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
safety pen needles	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
sure comfort pen needles 31g x 6 mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM (***insulin pen needle***)	3	
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 6 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
true comfort insulin syringe 30g x 1/2" 0.5 ml, 30g x 1/2" 1 ml, 30g x 5/16" 0.5 ml, 30g x 5/16" 1 ml, 32g x 5/16" 1 ml	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRACARE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRACARE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ZEVRX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ZEVRX PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE (***rimegepant sulfate***)	2	QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET (***atogepant***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET (***ubrogepant***)	2	QL (16 tablets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCOLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***erenumab-aooe***)	3	QL (1 autoinjector per 28 days)
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***galcanezumab-gnlm***)	3	QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***galcanezumab-gnlm***)	3	QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***galcanezumab-gnlm***)	3	QL (1 syringe per 28 days)
ERGOT COMBINATIONS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
ergotamine-caffeine oral tablet	1 or 1b*	
migergot rectal suppository	1 or 1b*	
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
dihydroergotamine mesylate injection solution	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
almotriptan malate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
eletriptan hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
frovatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
rizatriptan benzoate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
rizatriptan benzoate oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
sumatriptan nasal solution	1 or 1b*	QL (6 nasal inhalers per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution	1 or 1b*	QL (5 vials per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
zolmitriptan nasal solution	1 or 1b*	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
zolmitriptan oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION**		
BICARBONATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml	1 or 1b*	
sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION (***tromethamine***)	3	
CALCIUM COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 1-0.8 GM/100ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	3	
CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ELECTROLYTES & DEXTROSE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 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*	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %	3	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-mb in dextrose***)	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-p in dextrose***)	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 (***electrolyte-m in dextrose***)	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-r in dextrose***)	3	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution	1 or 1b*	
ELECTROLYTES PARENTERAL - DRUGS FOR NUTRITION**		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-s***)	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-s (ph 7.4)***)	3	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-r***)	3	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-r (ph 7.4)***)	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-a***)	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	3	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	3	
ringers intravenous solution	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (***parenteral electrolytes***)	3	
FLUORIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
FLORIVA ORAL LIQUID (***sodium fluoride-vitamin d***)	3	
FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
sodium fluoride oral solution	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
MAGNESIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MANGANESE - DRUGS FOR NUTRITION**		
manganese chloride intravenous solution	1 or 1b*	
PHOSPHATE - DRUGS FOR NUTRITION**		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION (***sodium glycerophosphate***)	3	
K-PHOS ORAL TABLET (***potassium phosphate monobasic***)	2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (***k phos mono-sod phos di & mono***)	3	
phospha 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
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	3	
sodium phosphates intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
wes-phos 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
POTASSIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
klor-con 10 oral tablet extended release	1 or 1b*	
klor-con m10 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m15 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m20 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con oral packet	1 or 1b*	
klor-con oral tablet extended release	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***potassium chloride***)	3	
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION	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	1 or 1b*	
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*	
potassium chloride oral packet	1 or 1b*	
potassium chloride oral solution	1 or 1b*	
SODIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
aquastat intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	1 or 1b*	
bd posiflush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush (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*	
saline flush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride (pf) injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 3 %, 5 %	1 or 1b*	
TRACE MINERAL COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (***trace minerals cr-cu-mn-zn***)	3	
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION (***trace minerals cu-mn-se-zn***)	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (***trace minerals cr-cu-mn-se-zn***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (***trace minerals cu-mn-se-zn***)	3	
TRACE MINERALS - DRUGS FOR NUTRITION**		
chromic chloride intravenous solution	1 or 1b*	
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*	
ZINC - DRUGS FOR NUTRITION**		
GALZIN ORAL CAPSULE (***zinc acetate (oral)***)	3	
zinc chloride intravenous solution	3	
zinc sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS**		
ACTIVATED PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE DELTA SYNDROME AGENT - VITAMINS AND MINERALS**		
JOENJA ORAL TABLET (***leniolisib phosphate***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTILEPROTICS - VITAMINS AND MINERALS**		
THALOMID ORAL CAPSULE (***thalidomide***)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
B-LYMPHOCYTE STIMULATOR (BLYS)-SPECIFIC INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***belimumab***)	3	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***belimumab***)	3	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***belimumab***)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
CHELATING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (***penicillamine***)	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
penicillamine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
trientine hcl oral capsule 250 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY (CRRT) SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-k (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-ca (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-k (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-k-ca (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextose-k-mg (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-k-ca (crrt)***)	3	
PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-mg (crrt)***)	3	
CYCLOSPORINE ANALOGS - VITAMINS AND MINERALS**		
cyclosporine modified oral capsule	1 or 1b*	LD
cyclosporine modified oral solution	1 or 1b*	LD
cyclosporine oral capsule	1 or 1b*	LD
gengraf oral capsule	1 or 1b*	LD
gengraf oral solution	1 or 1b*	LD
LUPKYNIS ORAL CAPSULE (***voclosporin***)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
ENZYMES - VITAMINS AND MINERALS**		
AMPHADASE INJECTION SOLUTION (***hyaluronidase bovine***)	3	
HYLENEX INJECTION SOLUTION (***hyaluronidase human***)	3	
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***collagenase clostrid histolyt***)	3	PA; LD; SP
FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (***lonafarnib***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
FECAL INCONTINENCE BULKING AGENT - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
SOLESTA INJECTION GEL (***dextranomer-sodium hyaluronate***)	3	LD; SP
IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***lymphocyte,anti-thymo imm glob***)	3	LD; SP
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***anti-thymocyte glob (rabbit)***)	3	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMMUNOMODULATORS - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***efgartigimod alfa-hyalur-qvfc***)	3	PA; LD; QL (4 vials per 50 days); SP
IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES - VITAMINS AND MINERALS**		
lenalidomide oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
REVLIMID ORAL CAPSULE (***lenalidomide***)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***mycophenolate mofetil hcl***)	3	LD; SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE (***mycophenolate mofetil***)	3	ST; LD
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***mycophenolate mofetil***)	3	ST; LD
CELLCEPT ORAL TABLET (***mycophenolate mofetil***)	3	ST; LD
mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mycophenolate mofetil oral capsule	1 or 1b*	LD
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	LD
mycophenolate mofetil oral tablet	1 or 1b*	LD
mycophenolate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	LD
mycophenolic acid oral tablet delayed release	1 or 1b*	LD
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION (***mycophenolate mofetil***)	3	ST; LD
INTERLEUKIN-6 (IL-6) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***siltuximab***)	3	PA; LD; SP
IRRIGATION SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
argyle sterile water irrigation solution	1 or 1b*	
lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*	
physiolyte irrigation solution	1 or 1b*	
physiosol irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
tis-u-sol irrigation solution	1 or 1b*	
water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***tacrolimus***)	3	LD
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***tacrolimus***)	3	LD
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1 or 1b*	LD
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (***tacrolimus***)	2	LD; SP
PROGRAF ORAL PACKET (***tacrolimus***)	3	LD
RAPAMUNE ORAL SOLUTION (***sirolimus***)	3	LD
RAPAMUNE ORAL TABLET (***sirolimus***)	3	LD
sirolimus oral solution	1 or 1b*	LD
sirolimus oral tablet	1 or 1b*	LD
tacrolimus oral capsule	1 or 1b*	LD
ZORTRESS ORAL TABLET (***everolimus***)	3	LD
MONOCLONAL ANTIBODIES - VITAMINS AND MINERALS**		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***satralizumab-mwge***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (***emapalumab-lzsg***)	3	PA; LD; SP
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***basiliximab***)	3	LD
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION (***inebilizumab-cdon***)	3	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (***rozanolixizumab-noli***)	3	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (***rozanolixizumab-noli***)	3	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (***efgartigimod alfa-fcab***)	3	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB - VITAMINS AND MINERALS**		
VIJOICE ORAL PACKET (***alpelisib***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (***alpelisib***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (***alpelisib***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
POTASSIUM REMOVING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (***sodium zirconium cyclosilicate***)	3	QL (34 packets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (***sodium zirconium cyclosilicate***)	3	QL (3 packets per 1 day)
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1 or 1b*	
sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM (***patiromer sorbitex calcium***)	3	QL (8 packets per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM (***patiromer sorbitex calcium***)	3	QL (1 packet per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM (***patiromer sorbitex calcium***)	3	QL (3 packets per 1 day)
PROSTAGLANDINS - VITAMINS AND MINERALS**		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (***alprostadil***)	3	
PURINE ANALOGS - VITAMINS AND MINERALS**		
azasan oral tablet	1 or 1b*	LD
azathioprine oral tablet	1 or 1b*	LD
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD
IMURAN ORAL TABLET (***azathioprine***)	3	LD
ROCK INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
REZUROCK ORAL TABLET (***belumosudil mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
SCLEROSING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION (***polidocanol***)	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (***ethanolamine oleate***)	3	
sodium tetradecyl sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % (***sodium tetradecyl sulfate***)	1 or 1b*	
sotradecol intravenous solution 3 %	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (***polidocanol***)	3	
SELECTIVE T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS - VITAMINS AND MINERALS**		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***belatacept***)	3	PA; LD
TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION (***anifrolumab-fnia***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
UREMIC PRURITUS AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION (***difelikefalin acetate***)	3	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
ANESTHETICS TOPICAL ORAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
lidocaine hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
ANTI-INFECTIVES - THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clotrimazole mouth/throat troche	1 or 1b*	QL (5 tablet per 1 day)
nystatin mouth/throat suspension	3	QL (24 mL per 1 day)
ORAVIG BUCCAL TABLET (***miconazole***)	3	
ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION (***chlorhexidine gluconate***)	3	QL (480 mL per 30 days)
periogard mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
sodium fluoride 5000 enamel dental gel	1 or 1b*	
sodium fluoride 5000 sensitive dental gel	1 or 1b*	
FLUORIDE DENTAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clinpro 5000 dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
denta 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
dentagel dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
easygel dental gel	1 or 1b*	
fluoridex daily renewal mouth/throat concentrate	1 or 1b*	
fluoridex dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
fluoridex enhanced whitening dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
fraiche 5000 dental dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sf dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sodium fluoride mouth/throat solution	1 or 1a*	
SALIVA STIMULANTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
cevimeline hcl oral capsule	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE (***cevimeline hcl***)	3	
pilocarpine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET (***pilocarpine hcl***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
triamcinolone acetonide (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
oralone mouth/throat paste	1 or 1b*	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
B-COMPLEX VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-b12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex plus b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-c-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
dialyvite 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	1 or 1b*; $0	
kp b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
nephro vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET (***b complex-c-folic acid***)	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (***multiple vitamins-iron***)	2; $0	
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & CALCIUM-FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
FOLGARD OS ORAL TABLET (***multiple vit-min-calcium-fa***)	3	
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE (***multi vit-min-fluoride-fe-fa***)	3	
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
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 (***multiple vitamin***)	2; $0	
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 (***multiple vitamin***)	3	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (***multiple vitamin***)	2; $0	
novite oral capsule	1 or 1b*	
OMNICAP ORAL TABLET	2; $0	
once daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily essential oral tablet	2; $0	
one daily essentials oral tablet	2; $0	
one daily multivitamin adult oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (***multiple vitamin***)	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	
stress formula/zinc/energy oral tablet	2; $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 (***multiple vitamin***)	2; $0	
thera-tabs oral tablet	1 or 1b*; $0	
THEREMS ORAL TABLET (***multiple vitamin***)	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 (***multiple vitamin***)	3	
PED MULTI VITAMINS W/FL & FE - DRUGS FOR NUTRITION**		
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution	1 or 1b*	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (***ped multivitamins-fl-iron***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (***ped multivitamins-fl-iron***)	3	
PED MV W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
multivitamin w/fluoride oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
multivitamin/fluoride oral solution	2	
multi-vitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*; $0	
multivitamin/fluoride oral tablet chewable	2; $0	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	
PED VITAMINS ACD & FA W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (***ped vit a-c-d-methylfolate-fl***)	3	
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	
PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
tri-vite/fluoride oral solution	1 or 1b*; $0	
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS & MINERALS W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (***ped multiple vit-minerals-fl***)	3	
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (***pediatric multiple vitamins***)	3	
VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (***pediatric multiple vitamins***)	3	
VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (***pediatric multiple vitamins***)	3	
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA - DRUGS FOR NUTRITION**		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***prenatal vit-dss-fe cbn-fa***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ATABEX OB ORAL TABLET (***prenatal vit w/ fe bisg-fa***)	2	QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AZESCO ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL B-CALM ORAL (***prenat w/o a fecbnfeglu-fa &b6***)	2	QL (3 tablets per 1 day)
CLASSIC PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
C-NATE DHA ORAL CAPSULE	2	QL (1 capsule per 1 day)
COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
CO-NATAL FA ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (***prenat-fefum-fepo-fa-omega 3***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (***prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CVS PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
elite-ob oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ENBRACE HR ORAL CAPSULE (***prenat vit-fe gly cys-fa-omega***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (***prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
ft prenatal oral tablet	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
inatal gt oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
KPN PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
MASONATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
M-NATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
MULTI PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
natal pnv oral tablet	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
NEEVO DHA ORAL CAPSULE (***prenat w/oa-fefum-methf-omegas***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL PLUS ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
neonatal prenatal oral tablet	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL (***prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET (***prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (***prenat-fecbn-feaspgl-fa-fish***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET (***prenatal vit-iron carbonyl-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE (***prenat-fecbn-feaspgl-fa-omega***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET (***prenatal-fe cbn-fe asp gly-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE (***prenat-fecbn-feaspgl-fa-omega***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ONE VITE WOMENS ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
pnv prenatal plus multivit+dha oral	2	QL (2 units per 1 day)
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
pnv-select oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PREGENNA ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL (W/IRON & FA) ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
prenatal 19 oral tablet chewable	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (***prenatal w/o a vit-fe fum-fa***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (***prenatal-feaspgly-methylfol-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRIMACARE ORAL CAPSULE (***pren-fe-meth-fa-omeg w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (***prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
QC PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
RELNATE DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG (***prenat vit-fepoly-methylfol-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG (***prenatal vit-fe psac cmplx-fa***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
SM ONE DAILY PRENATAL ORAL	2; $0	QL (1 EA per 1 day)
SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE (***prenat-fefum-fepo-fa-omega 3***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
trinate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (***prenat w/oa-fefum-methf-omegas***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (***prenatal vit-fe phos-fa-omega***)	2	QL (3 gummies per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (***prenat-fefum-fered-fa-dha w/oa***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VIVA DHA ORAL CAPSULE (***prenatal vit-fe fum-fa-omega***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL - DRUGS FOR NUTRITION**		
COMPLETE NATAL DHA ORAL	2	QL (2 units per 1 day)
wesnatal dha complete oral	2	QL (2 units per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA - DRUGS FOR NUTRITION**		
CITRANATAL 90 DHA ORAL (***prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (***prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha***)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (***prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (***prenat-fecb-fefum-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ENFAMIL EXPECTA ORAL (***prenatal mv-min-fe fum-fa-dha***)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ONE ORAL CAPSULE (***prenat-fe-methylfol-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
pnv-dha oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PREGEN DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prena 1 true oral	2	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (***prenatal mv-min-fe fum-fa-dha***)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (***prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (***prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (***prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (***prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (***prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (***prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (***prenatal vit-fepoly-fa-dha***)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (***prenat-fe poly-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (***prenat-fe poly-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (***prenatal mv-min-fe fum-fa-dha***)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (***prenatal vit-fepoly-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (***prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL (***prenat-fechel-fa-dha w/o vit a***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MV & MINERALS W/FA WITHOUT IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (***prenat mv-min-methylfolate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
PREMESISRX ORAL TABLET (***prenatal ca-b6-b12-fa-ginger***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prena1 oral tablet chewable	3	
PRENATE AM ORAL TABLET (***prenatal ca-b6-b12-fa-ginger***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAMINS W/ LIPOTROPICS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (***vitamins-lipotropics***)	2; $0	
b complex (lipotropics) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
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	
FLAVOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (***vitamins-lipotropics***)	1 or 1b*; $0	
lipo flavonoid plus oral tablet	1 or 1b*; $0	
lipoflavovit oral tablet	1 or 1b*; $0	
LIPOTRIAD ORAL TABLET (***vitamins-lipotropics***)	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	
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
CENTRAL MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
baclofen oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carisoprodol oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
methocarbamol injection solution	1 or 1b*	
methocarbamol oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
methocarbamol oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (***methocarbamol***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tizanidine hcl oral capsule 6 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG (***tizanidine hcl***)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET (***tizanidine hcl***)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***dantrolene sodium***)	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE (***dantrolene sodium***)	3	
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 (***dantrolene sodium***)	3	
MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
norgesic oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
orphengesic forte oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG, 1.5 MG, 2.5 MG, 5 MG (***palovarotene***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (***palovarotene***)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
VISCOSUPPLEMENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (***cross-linked hyaluronate***)	3	LD
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	3	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	3	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	3	PA; LD
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hylan g-f 20***)	3	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hylan g-f 20***)	3	PA; LD
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE**		
ANTIHISTAMINE-STEROID - ALLERGY**		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL ANESTHETICS - ALLERGY**		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (***cocaine hcl (nasal anesthetic)***)	3	
NASAL ANTICHOLINERGICS - ALLERGY**		
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
NASAL ANTIHISTAMINES - ALLERGY**		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
olopatadine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL STEROIDS - ALLERGY**		
flunisolide nasal solution	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
fluticasone propionate nasal suspension	1 or 1a*	BE; QL (1 bottle per 30 days)
mometasone furoate nasal suspension	3	ST; BE; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (***mometasone furoate***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT (***mometasone furoate***)	3	
PROPEL NASAL IMPLANT (***mometasone furoate***)	3	
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION (***fluticasone propionate***)	3	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ALS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION (***edaravone***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (***edaravone***)	3	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
BENZATHIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
riluzole oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (***riluzole***)	3	PA; LD; QL (40 mL per 1 day)
DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (***succinylcholine chloride***)	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION (***succinylcholine chloride***)	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	
FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE (***omaveloxolone***)	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (***eteplirsen***)	3	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (***viltolarsen***)	3	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (***golodirsen***)	3	PA; LD
***MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (***givinostat hcl***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***onabotulinumtoxina***)	3	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***abobotulinumtoxina***)	3	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (***rimabotulinumtoxinb***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***incobotulinumtoxina***)	3	PA; LD; SP
NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
atracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
rocuronium bromide intravenous solution	1 or 1b*	
vecuronium bromide intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE-PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DAYBUE ORAL SOLUTION (***trofinetide***)	3	PA; LD; QL (120 mL per 1 day)
SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***risdiplam***)	3	PA; LD; QL (5 mg per 1 day)
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINO ACID MIXTURES - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (***amino acid infusion***)	3	
aminosyn ii intravenous solution 15 %	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion***)	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino ac elect-calc in d5w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino ac elect-calc in d10w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino ac elect-calc in d5w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino ac elect-calc in d15w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino ac elect-calc in d20w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion in d10w***)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion in d5w***)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion in d15w***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion in d20w***)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
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 (***amino acid infusion***)	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion***)	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion***)	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion***)	3	
AMINO ACIDS-SINGLE - DRUGS FOR NUTRITION**		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (***cysteine hcl***)	3	
CARBOHYDRATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
LIPIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (***fat emuls plant base(soy/oliv)***)	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID (***triheptanoin***)	3	PA; LD; QL (2 bottles per 30 days); SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (***fat emulsion plant based (soy)***)	3	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION (***fat emulsion plant based (soy)***)	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (***fish oil triglyceride based***)	3	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (***fat emul fish oil/plant based***)	3	
PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (***amino ac-dext-lipid-electrolyt***)	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (***amino ac-dext-lipid-electrolyt***)	3	
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE**		
ALPHA ADRENERGIC AGONIST & CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (***brinzolamide-brimonidine***)	2	QL (8 mL per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
betaxolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (***betaxolol hcl***)	2	QL (15 mL per 30 days)
carteolol hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	
levobunolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
timolol maleate ocudose ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic gel forming solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (***timolol maleate***)	3	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (***timolol maleate***)	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (***cyclopentolate-phenylephrine***)	3	
MYDCOMBI OPHTHALMIC SOLUTION CARTRIDGE (***tropicamide-phenylephrine***)	3	
CYCLOPLEGIC MYDRIATICS - DRUGS FOR THE EYE**		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (***cyclopentolate hcl***)	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (***cyclopentolate hcl***)	3	QL (15 mL per 30 days)
cyclopentolate hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION (***tropicamide***)	3	
phenylephrine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tropicamide ophthalmic solution	1 or 1b*	
LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (***lifitegrast***)	2	QL (2 vial per 1 day)
MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (***echothiophate iodide***)	3	QL (5 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MIOTICS - DIRECT ACTING - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***acetylcholine chloride***)	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (***carbachol***)	3	
pilocarpine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (***faricimab-svoa***)	3	PA; LD; SP
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***faricimab-svoa***)	3	PA; LD; SP
OPHTHALMIC ANTIALLERGIC - DRUGS FOR ITCHY EYE**		
azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
cromolyn sodium ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
epinastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
OPHTHALMIC ANTIBIOTICS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (***azithromycin***)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
bacitracin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (***besifloxacin hcl***)	3	QL (5 mL per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (***ciprofloxacin hcl***)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
erythromycin ophthalmic ointment	3	QL (3.5 grams per 30 days)
gatifloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
gentamicin sulfate ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
levofloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
mitomycin intraocular solution prefilled syringe	3	
MITOSOL OPHTHALMIC KIT (***mitomycin***)	3	
moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
moxifloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (***ofloxacin***)	3	QL (10 mL per 30 days)
ofloxacin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
tobramycin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (***tobramycin***)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (***moxifloxacin hcl***)	3	QL (3 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTIFUNGAL - DRUGS FOR THE EYE**		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (***natamycin***)	3	QL (15 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
neo-polycin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
polycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTISEPTICS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (***povidone-iodine***)	3	
OPHTHALMIC ANTIVIRALS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
trifluridine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (***ganciclovir***)	3	QL (5 gram per 7 days)
OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
brinzolamide ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
dorzolamide hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION (***pegcetacoplan (ophthalmic)***)	3	PA; LD
OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION (***avacincaptad pegol***)	3	PA; LD; SP
OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE EYE**		
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 (***fluorescein sodium***)	3	
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION (***fluorexon-benoxinate***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION (***lotilaner***)	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (***cyclosporine***)	2	QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (***cyclosporine***)	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION (***cyclosporine***)	3	PA; QL (120 vials per 30 days)
OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (***ophth irr soln-intraocular***)	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (***ophth irr soln-intraocular***)	3	
OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (***netarsudil-latanoprost***)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS - DRUGS FOR THE EYE**		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (***lidocaine hcl***)	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (***proparacaine hcl***)	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL (***chloroprocaine hcl***)	3	
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS - DRUGS FOR THE EYE**		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (***cenegermin-bkbj***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION (***ketorolac tromethamine***)	3	QL (5 mL per 30 days)
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION (***ketorolac tromethamine***)	3	QL (10 mL per 30 days)
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION (***ketorolac tromethamine***)	3	QL (1 box per 30 days)
bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1.7 mL per 30 days)
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION (***bromfenac sodium***)	3	QL (5 mL per 30 days)
diclofenac sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
flurbiprofen sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (***nepafenac***)	2	QL (3 mL per 30 days)
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (***nepafenac***)	3	QL (3 mL per 30 days)
OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE EYE**		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***verteporfin***)	3	LD; QL (1 fill per 30 days); SP
OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***riboflav5 & riboflav5-dextran***)	3	
OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (***netarsudil dimesylate***)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
apraclonidine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
brimonidine tartrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (***apraclonidine hcl***)	3	
OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (***neomycin-polymyxin-dexameth***)	3	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (***neomycin-polymyxin-dexameth***)	3	QL (20 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (7 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension	1 or 1b*	
neo-polycin hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (***tobramycin-dexamethasone***)	2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (***loteprednol-tobramycin***)	2	QL (20 mL per 30 days)
OPHTHALMIC STEROIDS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution	1 or 1b*	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (***dexamethasone***)	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (***dexamethasone***)	3	
difluprednate ophthalmic emulsion	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (***difluprednate***)	3	QL (10 mL per 30 days)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (***fluorometholone acetate***)	3	
fluorometholone ophthalmic suspension	1 or 1b*	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (***fluorometholone***)	3	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (***fluorometholone***)	3	
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT (***fluocinolone acetonide***)	3	PA; LD; SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (***loteprednol etabonate***)	3	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (***loteprednol etabonate***)	3	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (***loteprednol etabonate***)	3	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION (***loteprednol etabonate***)	3	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL (***loteprednol etabonate***)	3	QL (10 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic gel	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (***dexamethasone***)	3	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (***dexamethasone***)	3	PA; LD; SP
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (***prednisolone acetate***)	3	
prednisolone acetate ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (20 mL per 30 days)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (***fluocinolone acetonide***)	3	PA; LD; SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (***triamcinolone acetonide***)	3	
XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION (***triamcinolone acetonide***)	3	PA; LD
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (***fluocinolone acetonide***)	3	PA; LD
OPHTHALMIC SULFONAMIDES - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
sulfacetamide sodium ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION (***na chondroit sulf-na hyaluron***)	3	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML (***na hyalur & na chond-na hyalur***)	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION (***phenylephrine-ketorolac***)	3	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***na chondroit sulf-na hyaluron***)	3	
OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - DRUGS FOR THE EYE**		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (***hypromellose***)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***brilliant blue g***)	3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***trypan blue***)	3	
***OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE**		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION (***oxymetazoline hcl***)	3	PA; QL (30 containers per 30 days)
***OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE**		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION (***cysteamine hcl***)	3	PA; QL (4 bottles per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (***cysteamine hcl***)	3	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (***bimatoprost***)	3	PA; LD; QL (2 applicators per 1 lifetime); SP
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION (***latanoprost***)	3	QL (30 units per 30 days)
latanoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (***bimatoprost***)	2	QL (7.5 mL per 30 days)
tafluprost (pf) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (9 mL per 30 days)
travoprost (bak free) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION (***tafluprost***)	3	QL (9 mL per 30 days)
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE EYE**		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***brolucizumab-dbll***)	3	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab-nuna***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab-eqrn***)	3	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept***)	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept***)	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***aflibercept***)	3	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ranibizumab***)	3	PA; LD; SP
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept-ayyh***)	3	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***aflibercept-ayyh***)	3	PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab***)	3	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab***)	3	LD; SP
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR**		
OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS - WAX REMOVAL**		
acetic acid otic solution	1 or 1b*	
OTIC ANALGESIC COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
PRAMOTIC OTIC LIQUID (***pramoxine-chloroxylenol***)	3	
OTIC ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
CETRAXAL OTIC SOLUTION (***ciprofloxacin hcl***)	3	QL (28 containers per 1 fill)
ciprofloxacin hcl otic solution	1 or 1b*	QL (28 containers per 1 fill)
ofloxacin otic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 1 fill)
ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution	1 or 1b*	QL (28 vials per 1 fill)
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION (***neomycin-colist-hc-thonzonium***)	3	
neomycin-polymyxin-hc otic solution	1 or 1b*	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OTOVEL OTIC SOLUTION (***ciprofloxacin-fluocinolone***)	3	QL (28 vials per 1 fill)
OTIC STEROIDS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
DERMOTIC OTIC OIL (***fluocinolone acetonide***)	3	
flac otic oil	1 or 1b*	
fluocinolone acetonide otic oil	1 or 1b*	
hydrocortisone-acetic acid otic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***OXYTOCICS* - HORMONES**		
ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR WOMEN**		
carboprost tromethamine intramuscular solution	1 or 1b*	
carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe	3	
CERVIDIL VAGINAL INSERT (***dinoprostone***)	3	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (***carboprost tromethamine***)	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL (***dinoprostone***)	3	
OXYTOCICS - DRUGS FOR WOMEN**		
methergine oral tablet	1 or 1b*	
methylergonovine maleate injection solution	1 or 1b*	
methylergonovine maleate oral tablet	1 or 1b*	
oxytocin injection solution	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION (***oxytocin***)	3	
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS**		
ANTITOXINS-ANTIVENINS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***centruroides (scorpion) im fab***)	3	
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***crotalidae immune fab (equine)***)	3	
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***crotalidae polyval immune fab***)	3	
ANTIVIRAL MONOCLONAL ANTIBODIES - BIOLOGICAL AGENTS**		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (***nirsevimab-alip***)	3; $0	PA; LD; QL (2 syringe per 180 days)
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (***nirsevimab-alip***)	3; $0	PA; LD; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (***pemivibart***)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (***palivizumab***)	3	PA; LD; SP
BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES - BIOLOGICAL AGENTS**		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (***bezlotoxumab***)	3	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMMUNE SERUMS - BIOLOGICAL AGENTS**		
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***botulism immune globulin human***)	3	
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION (***vaccinia immune globulin human***)	3	
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-hipp***)	3	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***cytomegalovirus immune glob***)	3	LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (***rabies immune globulin***)	3	LD; SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tetanus immune globulin***)	3	
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION (***rabies immune globulin***)	3	LD; SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	3	LD; SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION (***varicella-zoster immune glob***)	3	LD
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION (***rho d immune globulin***)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-klhw***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOPENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin oral capsule	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml	3	
amoxicillin oral tablet	1 or 1a*	
amoxicillin oral tablet chewable	1 or 1a*	
ampicillin oral capsule	1 or 1a*	
ampicillin sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
NATURAL PENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***penicillin g benzathine***)	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***penicillin g benzathine***)	3	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***penicillin g benzathine***)	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	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*	
PENICILLIN COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet	1 or 1b*	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable	1 or 1b*	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***amoxicillin-pot clavulanate***)	3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***amoxicillin-pot clavulanate***)	2	
AUGMENTIN ORAL TABLET (***amoxicillin-pot clavulanate***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***penicillin g benzathine & proc***)	3	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***penicillin g benzathine & proc***)	3	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***ampicillin-sulbactam sodium***)	3	
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ampicillin-sulbactam sodium***)	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION (***piperacillin-tazobactam in dex***)	3	
PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
dicloxacillin sodium oral capsule	1 or 1b*	
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nafcillin sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
oxacillin sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
***PROGESTINS* - HORMONES**		
PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
norethindrone acetate (Gallifrey Oral Tablet)	1 or 1b*	
medroxyprogesterone acetate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	1 or 1b*	
norethindrone acetate oral tablet	1 or 1b*	
progesterone intramuscular oil	1 or 1b*	
progesterone oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
progesterone oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsule per 1 day)
PROVERA ORAL TABLET (***medroxyprogesterone acetate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
lofexidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
ALCOHOL DETERRENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
acamprosate calcium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
disulfiram oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTI-CATAPLECTIC AGENTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
sodium oxybate oral solution	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION (***sodium oxybate***)	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
XYWAV ORAL SOLUTION (***ca, mg, k, and na oxybates***)	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***memantine hcl-donepezil hcl***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***eplontersen sodium***)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 28 days)
BENZODIAZEPINES & TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG (***donepezil hcl***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG (***donepezil hcl***)	3	DO
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
donepezil hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
donepezil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (***rivastigmine***)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR (***rivastigmine***)	3	ST; QL (1 gram per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg	1 or 1b*	DO
galantamine hydrobromide oral solution	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	1 or 1b*	DO
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 (2 capsules per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	1 or 1b*	QL (1 patch per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
SAVELLA ORAL TABLET (***milnacipran hcl***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (***milnacipran hcl***)	2	QL (1 pack per 365 days)
MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***bremelanotide acetate***)	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AUSTEDO ORAL TABLET (***deutetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (***deutetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG (***deutetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***deutetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
tetrabenazine oral tablet 25 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
teriflunomide oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (***interferon beta-1b***)	3	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***ofatumumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (***alemtuzumab***)	3	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (***natalizumab***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***diroximel fumarate***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - POTASSIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (***dalfampridine***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (***glatiramer acetate***)	3	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg	1 or 1b*	DO
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
memantine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
memantine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 6 months)
memantine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET (***memantine hcl***)	3	QL (1 tablet per 6 months)
PHENOTHIAZINES & TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
perphenazine-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	AL

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
gabapentin (once-daily) oral tablet	1 or 1b*	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 300 MG (***gabapentin (once-daily)***)	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG (***gabapentin (once-daily)***)	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG (***gabapentin (once-daily)***)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG (***gabapentin (once-daily)***)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
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 (2 tablets per 1 day)
PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (***dextromethorphan-quinidine***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ergoloid mesylates oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
pimozide oral tablet 1 mg	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
pimozide oral tablet 2 mg	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADDYI ORAL TABLET (***flibanserin***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID (SIRNA) AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***vutrisiran sodium***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (***patisiran sodium***)	3	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
SMOKING DETERRENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
cvs nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; $0	
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTROL INHALATION INHALER (***nicotine***)	3; $0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (***nicotine***)	3; $0	QL (4 mL per 1 day)
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
ra mini nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine gum mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
thrive mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack	1 or 1b*; $0	QL (53 dose pack per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (2 tablet per 1 day)
varenicline tartrate(continue) oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (2 tablet per 1 day)
SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
fingolimod hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (***fingolimod hcl***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (***siponimod fumarate***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (***siponimod fumarate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (***siponimod fumarate***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG (***siponimod fumarate***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET (***ponesimod***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***ponesimod***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***ozanimod hcl***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (***ozanimod hcl***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***ozanimod hcl***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
LYBALVI ORAL TABLET (***olanzapine-samidorphan***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE (***olanzapine-fluoxetine hcl***)	3	DO; AL
VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
paroxetine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alpha1-proteinase inhibitor***)	3	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (***alpha1-proteinase inhibitor***)	3	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (***alpha1-proteinase inhibitor***)	3	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alpha1-proteinase inhibitor***)	3	PA; LD; SP
CFTR POTENTIATORS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
KALYDECO ORAL PACKET (***ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (***ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (***lumacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (***lumacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (***lumacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (***tezacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (***elexacaftor-tezacaftor-ivacaft***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (***elexacaftor-tezacaftor-ivacaft***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (***mannitol (cystic fibrosis)***)	3	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (***mannitol (cystic fibrosis)***)	3	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
HYDROLYTIC ENZYMES - DRUGS FOR THE LUNGS**		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (***dornase alfa***)	3	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OFEV ORAL CAPSULE (***nintedanib esylate***)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
pirfenidone oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 267 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
pirfenidone oral tablet 801 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
SULFONAMIDES - ANTIBIOTICS**		
sulfadiazine oral tablet	1 or 1b*	
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOMETHYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***omadacycline tosylate***)	3	
NUZYRA ORAL TABLET (***omadacycline tosylate***)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
FLUOROCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***eravacycline dihydrochloride***)	3	
GLYCYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tigecycline***)	3	
TETRACYCLINES - ANTIBIOTICS**		
demeclocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	
doxy 100 intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxycycline hyclate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (600 mL per 30 days)
doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***minocycline hcl***)	3	
minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
minocycline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
minocycline hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
mondoxyne nl oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
tetracycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
***THYROID AGENTS* - HORMONES**		
ANTITHYROID AGENTS - RADIOPHARMACEUTICALS - DRUGS FOR THYROID**		
SODIUM IODIDE I-131 ORAL SOLUTION	3	
ANTITHYROID AGENTS - DRUGS FOR THYROID**		
methimazole oral tablet	1 or 1a*	
propylthiouracil oral tablet	1 or 1b*	
THYROID HORMONES - DRUGS FOR THYROID**		
euthyrox oral tablet	1 or 1b*	
levo-t oral tablet	1 or 1b*	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
np thyroid oral tablet	1 or 1a*	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION (***levothyroxine sodium***)	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION (***levothyroxine sodium***)	3	
unithroid oral tablet	1 or 1a*	
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS**		
TOXOID COMBINATIONS - VACCINES**		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***tetanus-diphth-acell pertussis***)	3; $0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***tetanus-diphth-acell pertussis***)	3; $0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***diphth-acell pertussis-tetanus***)	3; $0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***diphth-acell pertussis-tetanus***)	3; $0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***dtap-ipv vaccine***)	3; $0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***dtap-hepatitis b recomb-ipv***)	3; $0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***dtap-ipv-hib vaccine***)	3; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***dtap-ipv vaccine***)	3; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***dtap-ipv vaccine***)	3; $0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***tetanus-diphtheria toxoids td***)	3; $0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (***tetanus-diphtheria toxoids td***)	3; $0	
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3; $0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb***)	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb***)	3	
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE (***chlordiazepoxide-clidinium***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (***dicyclomine hcl***)	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*	
BELLADONNA ALKALOIDS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION	3	
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 0.5 MG/5ML, 1 MG/10ML	3	
ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
H-2 ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
cimetidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cimetidine oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
famotidine (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
famotidine oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
famotidine premixed intravenous solution	1 or 1b*	
nizatidine oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nizatidine oral capsule 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG (***famotidine***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 40 MG (***famotidine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
MISC. ANTI-ULCER - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
CARAFATE ORAL SUSPENSION (***sucralfate***)	3	
CARAFATE ORAL TABLET (***sucralfate***)	3	
sucralfate oral suspension	1 or 1b*	
sucralfate oral tablet	1 or 1b*	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	1 or 1b*	
esomeprazole magnesium oral packet	1 or 1b*	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	1 or 1b*	BE; QL (1 capsule per 1 day)
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	1 or 1b*	
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***esomeprazole sodium***)	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*	
pantoprazole sodium-nacl intravenous solution	3	
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pantoprazole sodium***)	3	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
QUATERNARY ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (***glycopyrrolate***)	3	
GLYCATE ORAL TABLET (***glycopyrrolate***)	3	PA
glycopyrrolate injection solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral solution	1 or 1b*	
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 (***glycopyrrolate***)	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***glycopyrrolate***)	3	
methscopolamine bromide oral tablet	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET (***glycopyrrolate***)	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET (***glycopyrrolate***)	3	
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL (***metronid-tetracyc-bis subsal***)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (***bis subcit-metronid-tetracyc***)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMECLAMOX-PAK ORAL (***amoxicill-clarithro-omeprazole***)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***amoxicill-rifabutin-omeprazole***)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
CYTOTEC ORAL TABLET (***misoprostol***)	3	$0 for Fully insured members in California
misoprostol oral tablet	1 or 1a*	$0 for Fully insured members in California
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC) - DRUGS FOR THE BLADDER**		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
oxybutynin chloride oral solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
solifenacin succinate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
tolterodine tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
trospium chloride oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
GEMTESA ORAL TABLET (***vibegron***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
mirabegron er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***mirabegron***)	3	ST; QL (3 bottles per 30 days)
URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
bethanechol chloride oral tablet	1 or 1b*	
URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS**		
BACTERIAL VACCINES - VACCINES**		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***haemophilus b polysac conj vac***)	3; $0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3; $0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***meningococcal b recomb omv adj***)	3; $0	
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***anthrax vaccine adsorbed***)	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pneumococcal 21-valent conjuga***)	3; $0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***haemophilus b polysac conj vac***)	3; $0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (***mening acy&w-135 tetanus conj***)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (***meningococcal a c y&w-135 olig***)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***meningococcal a c y&w-135 olig***)	3; $0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***haemophilus b polysac conj vac***)	3; $0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***mening acyw(tet conj)-b(rcmb)***)	3; $0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pneumococcal vac polyvalent***)	2; $0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***pneumococcal 20-val conj vacc***)	2; $0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***meningococcal b vac (recomb)***)	3; $0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (***typhoid vi polysaccharide vacc***)	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***typhoid vi polysaccharide vacc***)	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***cholera vac live attenuated***)	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***pneumococcal 15-val conj vacc***)	2; $0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***typhoid vaccine***)	2	
VIRAL VACCINE COMBINATIONS - VACCINES**		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***measles, mumps & rubella vac***)	3; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***measles, mumps & rubella vac***)	3; $0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***measles-mumps-rubella-varicell***)	3; $0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis a-hep b recomb vac***)	3; $0	
VIRAL VACCINES - VACCINES**		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***rsv pre-fusion f a&b vac rcmb***)	3; $0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***smallpox vaccine***)	3; $0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***influenza virus vaccine split***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza virus vacc split pf***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***rsvpref3 vac recomb adjuvanted***)	3; $0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (***influenza a (h5n1) subunit adj***)	2; $0	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (***influenza a (h5n1) subunit adj***)	2; $0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***covid-19 mrna virus vaccine***)	2; $0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***dengue virus vaccine live tetr***)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (***hepatitis b vac recombinant***)	3; $0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b vac recombinant***)	3; $0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***ebola zaire virus vaccine live***)	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza vac a&b surf ant adj***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza virus vacc split pf***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***influenza vac recombinant ha***)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***influenza vac tiss-cult subunt***)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza vac tiss-cult subunt***)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza virus vacc split pf***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (***influenza virus vaccine live***)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza vac split high-dose***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***influenza virus vaccine split***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza virus vacc split pf***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***hpv 9-valent recomb vaccine***)	2; $0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***hpv 9-valent recomb vaccine***)	2; $0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***hepatitis a vaccine***)	3; $0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b vac recomb adj***)	3; $0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***rabies virus vaccine, hdc***)	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE (***poliovirus vaccine inactivated***)	3; $0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chikungunya virus vaccine live***)	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***japanese encephalitis vac inac***)	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***smallpox & monkeypox vac, live***)	3; $0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***covid-19 mrna virus vaccine***)	2; $0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***rsv mrna pre-f virus vaccine***)	3; $0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe	2; $0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***covid-19 mrna virus vaccine***)	2; $0	
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension	2; $0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***rabies vaccine, pcec***)	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (***hepatitis b vac recombinant***)	3; $0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b vac recombinant***)	3; $0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (***rotavirus vaccine live oral***)	3; $0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (***rotavirus vac live pentavalent***)	3; $0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***zoster vac recomb adjuvanted***)	3; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***covid-19 mrna virus vaccine***)	2; $0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***tick-borne encephalitis vacc***)	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***hepatitis a vaccine***)	3; $0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (***varicella virus vaccine live***)	3; $0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (***yellow fever vaccine***)	3	
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN**		
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (***butoconazole nitrate (1 dose)***)	3	
miconazole 3 vaginal suppository	1 or 1b*	
terconazole vaginal cream 0.4 %	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
terconazole vaginal cream 0.8 %	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
terconazole vaginal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN**		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (***prasterone***)	3	ST; QL (1 insert per 1 day)
SPERMICIDES - BIRTH CONTROL PILLS**		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (***nonoxynol-9***)	2; $0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (***nonoxynol-9***)	2; $0	
TODAY SPONGE VAGINAL (***nonoxynol-9***)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (***nonoxynol-9***)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (***nonoxynol-9***)	2; $0	
VAGINAL ANTI-INFECTIVES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (***clindamycin phosphate***)	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (***clindamycin phosphate***)	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (***clindamycin phosphate (1 dose)***)	3	
metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL (***metronidazole***)	3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL (***metronidazole***)	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL (***clindamycin phosphate***)	3	PA; QL (1 applicator per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS - DRUGS FOR WOMEN**		
PHEXXI VAGINAL GEL (***lactic ac-citric ac-pot bitart***)	3	$0
VAGINAL ESTROGENS - DRUGS FOR WOMEN**		
estradiol vaginal cream	1 or 1b*	QL (42.5 grams per 30 days)
estradiol vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (***estrogens, conjugated***)	2	QL (1 gm per 1 day)
yuvafem vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
VAGINAL PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (***progesterone***)	3	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (***progesterone***)	3	PA; LD; QL (1 applicator per 1 day); SP
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (***progesterone***)	3	PA
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (***epinephrine***)	2	QL (2 pens per 1 fill)
epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*	
epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT (***epinephrine***)	3	
NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
droxidopa oral capsule 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
VASOPRESSORS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION (***epinephrine-nacl***)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (***ephedrine sulfate (pressors)***)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ephedrine sulfate (pressors)***)	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (***phenylephrine hcl (pressors)***)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (***ephedrine sulfate (pressors)***)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ephedrine sulfate (pressors)***)	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
epinephrine injection solution 10 mg/10ml	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (***angiotensin ii acetate***)	3	
IMMPHENTIV INTRAVENOUS SOLUTION (***phenylephrine hcl (pressors)***)	3	
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION (***norepinephrine bitartrate***)	3	
midodrine hcl oral tablet	1 or 1b*	
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
phenylephrine hcl (pressors) intravenous solution prefilled syringe 5 mg/50ml	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION (***ephedrine hcl***)	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (***phenylephrine hcl (pressors)***)	3	
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
VITAMIN A - DRUGS FOR NUTRITION**		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (***vitamin a***)	3	
VITAMIN B-1 - DRUGS FOR NUTRITION**		
thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	
VITAMIN C - DRUGS FOR NUTRITION**		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (***ascorbic acid***)	3	
VITAMIN D - DRUGS FOR NUTRITION**		
DRISDOL ORAL CAPSULE (***ergocalciferol***)	3	
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
VITAMIN K - DRUGS FOR NUTRITION**		
phytonadione injection solution	1 or 1b*	
phytonadione oral tablet	1 or 1b*	
vitamin k1 injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 188
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 188
abacavir sulfate 101
abacavir sulfate-lamivudine 98
ABELCET 54
ABILIFY MAINTENA 97
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 97
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 97
abiraterone acetate 69, 70
ABLYSINOL 112
ABRAXANE 87
ABRYSVO 249
ABSORICA 125
ABSORICA LD 125
ACAM2000 249
acamprosate calcium 233
acarbose 45
ACCOLATE 34
ACCRUFER 163
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET 175
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 175
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 175
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 175
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 175
ACCURETIC 59
accutane 125
ACCUTREND GLUCOSE 136
acebutolol hcl 104
ACETADOTE 51
acetaminophen 21
acetaminophen-codeine 23
acetazolamide 137
acetazolamide er 137
acetazolamide sodium 137
acetic acid 154, 229
acetylcysteine 51, 123
acitretin 127
ACTHAR 140
ACTHAR GEL 140
ACTHIB 248
ACTIFLOVIT EAR HEALTH 216
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE 165
ACTI-LANCE 28G 175
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G 175
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G 175
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G 175
ACTIMMUNE 84
ACTIVASE 161
ACTIVELLA 147
ACTONEL 139
ACULAR 225
ACULAR LS 225
ACUVAIL 225
acyclovir 103, 128
acyclovir sodium 103
ADACEL 244
ADAKVEO 164
adalimumab-adbm (2 pen) 18
adalimumab-adbm (2 syringe) 18
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 18
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 18
adapalene 125
adapalene-benzoyl peroxide 125
ADASUVE 96
ADCETRIS 73
ADDYI 238
adefovir dipivoxil 102
ADEMPAS 111
adenosine 30
ADIPEX-P 14
adjustable lancing device 175
ADRENALIN-NACL 252
adriamycin 82
ADVANCED MOBILE LANCET 175
ADVATE 156
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 188
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 188
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 188
ADVOCATE LANCETS 175
ADVOCATE LANCETS 30G 175
ADVOCATE LANCING DEVICE 175
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING 175
ADVOCATE SAFETY LANCETS 175
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G 175
ADYNOVATE 156
adzynma 155
afirmelle 114
AFLURIA 249
AFLURIA PRESERVATIVE FREE 249
AFSTYLA 156
aftera 118
afterpill 118
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS 175
AGGRASTAT 159
AGRYLIN 161
AIMOVIG 196
aimsco lubricated 173
AIMSCO TWIST LANCETS 32G 175
AIMSCO TWIST LANCETS 33G 176
AIRSUPRA 31
AKEEGA 78
ak-fluor 224
AKOVAZ 252
AKTEN 225
AKYNZEO 53
AKYNZEO (READY-TO-USE) 53
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) 53
ala-cort 129
albendazole 29
ALBUKED 25 160
ALBUKED 5 160
ALBUMIN HUMAN 160
ALBUMINEX 160
ALBUMIN-ZLB 160
ALBURX 160
ALBUTEIN 160
albuterol sulfate 33
ALBUTEROL SULFATE 33
albuterol sulfate hfa 32
ALCAINE 225
alclometasone dipropionate 129
ALDACTONE 138
ALDURAZYME 143
ALECENSA 72
alendronate sodium 139
alfuzosin hcl er 153
ALIMTA 70
ALIQOPA 89
aliskiren fumarate 63
ALKINDI SPRINKLE 121
allbee/c 207
allopurinol 155
allopurinol sodium 155
almotriptan malate 196
alogliptin benzoate 46
alogliptin-metformin hcl 46
alogliptin-pioglitazone 46
alophen 170
ALOPRIM 155
ALORA 148
alosetron hcl 150
ALPHANATE 156
ALPHANINE SD 156
alprazolam 30
alprazolam er 30
ALPRAZOLAM INTENSOL 30
alprazolam xr 30
ALPROLIX 156
altafluor benox 224
altavera 114
ALTUVIIIO 156
ALUNBRIG 72
alvimopan 152
alyacen 1/35 114
alyacen 7/7/7 120
alyq 111
amantadine hcl 92
AMBISOME 54
ambrisentan 111
amcinonide 129
AMELUZ 133
amethyst 118
AMIDATE 152
amikacin sulfate 17
amiloride hcl 138
amiloride-hydrochlorothiazide 137
aminocaproic acid 164
aminophylline 35
AMINOSYN II 220
aminosyn ii 220
AMINOSYN-PF 220
AMINOSYN-PF 7% 220
amiodarone hcl 31
amitriptyline hcl 44
amlodipine besy-benazepril hcl 59
amlodipine besylate 106
amlodipine besylate-valsartan 61

amlodipine-atorvastatin 109
amlodipine-olmesartan 61
amlodipine-valsartan-hctz 62
AMMONUL 146
amnesteem 125
AMNIOFIX 135
AMNIOTEXT 135
AMONDYS 45 219
amoxapine 44
amoxicill-clarithro-lansopraz 246
amoxicillin 232
amoxicillin-pot clavulanate 232
amoxicillin-pot clavulanate er 232
AMPHADASE 201
AMPHENOL-40 135
amphetamine sulfate 13
amphetamine-dextroamphet er 13
amphetamine-dextroamphetamine 13
amphet-dextroamphet 3-bead er 13
amphotericin b 54
amphotericin b liposome 54
ampicillin 232
ampicillin sodium 232
ampicillin-sulbactam sodium 232
AMPYRA 237
AMVISC 227
AMVUTTRA 238
anagrelide hcl 161
ANALPRAM-HC 28
ANAPROX DS 19
ANASCORP 230
anastrozole 84
ANAVIP 230
ANCOBON 54
ANDEXXA 51
ANECTINE 219
ANESTHESIA S/I-40A 153
ANESTHESIA S/I-40H 153
ANESTHESIA S/I-40S 153
ANGELIQ 147
ANGIOMAX 37
ANKTIVA 84
ANNOVERA 118
ANORO ELLIPTA 31
anti-oxidant 209
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS 230
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS 230
ANTIVERT 53
ANUSOL-HC 28
ANZEMET 52
APADAZ 26
apap-caff-dihydrocodeine 23
APHEXDA 162
APLENZIN 42
APOKYN 93
apomorphine hcl 93
APONVIE 53
apraclonidine hcl 226
aprepitant 53, 54
APRETUDE 100
apri 114
APRISO 150
APTIOM 37
APTIVUS 100
aq insulin syringe 188
aqinject pen needle 188
AQUALANCE LANCETS 30G 176
AQUASOL A 253
aquastat 199
Aquastat Sfr 199
ARAKODA 67
ARALAST NP 241
aranelle 120
ARANESP (ALBUMIN FREE) 162
ARAVA 21
ARCALYST 19
AREXVY 249
arformoterol tartrate 33
ARGATROBAN 37
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE 37
argyle sterile saline 154
argyle sterile water 202
ARICEPT 234
ARIKAYCE 17
aripiprazole 97
ARISTADA 97, 98
ARISTADA INITIO 97
ARIXTRA 37
armodafinil 15
AROMASIN 84
ARRANON 70
arsenic trioxide 84
ARTESUNATE 68
articadent dental 171
ARTISS 164
ARZERRA 73
ASCLERA 204
ascomp-codeine 23
ASCOR 253
asenapine maleate 96
ashlyna 118
ASPARLAS 83
aspirin 22
aspirin 81 22
aspirin adult low dose 22
aspirin adult low strength 22
aspirin childrens 22
aspirin ec adult low dose 22
aspirin ec low dose 22
aspirin ec low strength 22
aspirin low dose 22
aspirin regimen 22
aspirin-dipyridamole er 160
ASPRUZYO SPRINKLE 29
ASSURE COMFORT LANCETS 28G 176
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 188
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 188
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 188
ASSURE LANCE LANCETS 176
ASSURE LANCE LANCETS 21G 176
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G 176
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G 176
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G 176
ASTAGRAF XL 203
ATABEX EC 211
ATABEX OB 211
atazanavir sulfate 100
ATELVIA 139
atenolol 104
atenolol-chlorthalidone 63
ATGAM 201
atomoxetine hcl 13
atorvastatin calcium 58
atovaquone 64
atovaquone-proguanil hcl 67
atracurium besylate 220
ATROPINE SULFATE 222, 245
ATROVENT HFA 33
aubra eq 114
AUDENZ 249
AUGMENTIN 232
AUGMENTIN ES-600 232
AUGTYRO 81
aum insulin safety pen needle 188
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 188
aum pen needle 188
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 188
AUM SAFETY PEN NEEDLE 188
AURORA LANCET SUPER THIN 30G 176
AURORA LANCET THIN 23G 176
AURORA PEN NEEDLES 188
aurovela 1.5/30 115
aurovela 1/20 115
aurovela 24 fe 115
aurovela fe 1.5/30 115
aurovela fe 1/20 115
AURYXIA 152
AUSTEDO 235
AUSTEDO XR 235
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 235
AUTO-LANCET 176
AUTO-LANCET MINI 176
AUTOLET II CLINISAFE 176
AUTOLET LANCING DEVICE 176
AUTOLET LITE CLINISAFE 176
AUTOLET LITE STARTER PACK 176
AUTOLET MINI 176
AUTOLET PLATFORMS 176
AUTOLET PLUS 176
AUVI-Q 252
AVASTIN 91
aviane 115
AVITENE 165
AVITENE FLOUR 165
AVONEX PEN 236
AVONEX PREFILLED 236
AVSOLA 152
AVYCAZ 112
ayuna 115

AYVAKIT 81
azacitidine 70
AZACTAM 66
azasan 204
AZASITE 223
azathioprine 204
AZATHIOPRINE SODIUM 204
azelaic acid 134
azelastine hcl 218, 223
azelastine-fluticasone 218
AZESCO 212
AZILECT 92
azithromycin 172
AZSTARYS 15
aztreonam 67
AZULFIDINE 151
AZULFIDINE EN-TABS 150
azurette 114
b complex (lipotropics) 216
b complex 100 tr 207
b complex formula 1 (lipotrop) 216
b complex formula 1 (w/ fa) 207
b complex-b12 206
b complex-c 207
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA 207
b complex-c-folic acid 206
b-100 b-complex 207
b-100 complex cr 207
b-100 tr 207
b-50 complex 207
BABYBIG 231
bac 21
bacitracin 223
bacitracin-polymyxin b 224
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 226
baclofen 216
BACTRIM 64
BACTRIM DS 64
balance b-100 216
balance b-50 208
balanced b complex 208
balanced b-100 208
balanced b-50 complex 216
balanced b-50/fa 208
BALFAXAR 156
balsalazide disodium 151
BALVERSA 77
balziva 115
BANZEL 37
BAQSIMI ONE PACK 45
BAQSIMI TWO PACK 45
BARACLUDE 102
BARHEMSYS 53
BASAGLAR KWIKPEN 46
BAVENCIO 74
BAXDELA 148, 149
bayer aspirin ec low dose 22
bayer low dose 22
BCG VACCINE 248
b-compleet-100 208
b-compleet-50 208
b-complex 208
b-complex (folic acid) 207
b-complex balanced 206
b-complex plus b-12 206
b-complex/b-12 206
b-complex/electrolytes 207
b-complex/vitamin c 206
b-complex-c 207
b-complex-c (w/folic acid) 206
BD AUTOSHIELD DUO 188
bd heparin posiflush 36
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 188
BD INSULIN SYRINGE 189
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 189
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 189
BD INSULIN SYRINGE U/F 189
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 189
BD INSULIN SYRINGE U-500 189
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 189
BD MICROTAINER LANCETS 176
BD PEN NEEDLE MICRO U/F 189
BD PEN NEEDLE MINI U/F 189
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 189
BD PEN NEEDLE NANO U/F 189
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 189
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 189
bd posiflush 199
Bd Posiflush Safescrub 199
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 189
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 189
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 189
BELBUCA 26
BELEODAQ 78
BELRAPZO 69
benazepril hcl 60
benazepril-hydrochlorothiazide 59
bendamustine hcl 69
BENDEKA 69
BENEFIX 156
BENLYSTA 200
BENTYL 245
BENZALKONIUM CHLORIDE 98
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 26
BENZNIDAZOLE 29
benzonatate 123
benzoyl peroxide-erythromycin 125
benzphetamine hcl 14
benztropine mesylate 92
BEOVU 228
BERINERT 158
BESIVANCE 223
BESPONSA 73
BESREMI 84
BETADINE OPHTHALMIC PREP 224
betaine 142
betamethasone dipropionate 129
betamethasone dipropionate aug 129
betamethasone valerate 129
BETASERON 236
betaxolol hcl 104, 222
bethanechol chloride 247
BETHKIS 17
BETOPTIC-S 222
better b complex 207
bexarotene 90, 136
BEXSERO 248
BEYFORTUS 230
bicalutamide 70
BICILLIN C-R 233
BICILLIN C-R 900/300 233
BICILLIN L-A 232
BIDIL 110
big 100 207
big 100 (biotin) 208
BIJUVA 147
BIKTARVY 98
BILTRICIDE 29
bimatoprost 134, 228
BINOSTO 139
BIORPHEN 252
BIOTHRAX 248
bis subcit-metronid-tetracyc 246
bisacodyl 170
bisacodyl ec 170
bismuth/metronidaz/tetracyclin 246
bisoprolol fumarate 104
bisoprolol-hydrochlorothiazide 63
bivalirudin trifluoroacetate 37
bleomycin sulfate 82
BLINCYTO 76
blisovi 24 fe 115
blisovi fe 1.5/30 115
blisovi fe 1/20 115
BLOXIVERZ 68
BONJESTA 53
BOOSTRIX 244
bortezomib 81
BORUZU 81
bosentan 111
BOSULIF 75
BOTOX 219
BOTOX COSMETIC 131
BRAFTOVI 76
BREO ELLIPTA 32
BREVIBLOC 104
BREVIBLOC IN NACL 104
BREVIBLOC PREMIXED 105
BREVIBLOC PREMIXED DS 105
BREVITAL SODIUM 153
BREXAFEMME 54
Breyna 32
BREZTRI AEROSPHERE 32
BRIDION 51
briellyn 115
BRILINTA 159
brimonidine tartrate 134, 226
brimonidine tartrate-timolol 221
brinzolamide 224
BRIVIACT 37, 38
BRIXADI 26
BRIXADI (WEEKLY) 26

bromfenac sodium ... 225
bromfenac sodium (once-daily) ... 225
bromocriptine mesylate ... 92
BROMSITE ... 225
BRONCHITOL ... 242
BRONCHITOL TOLERANCE TEST . 242
BROVANA ... 33
BRUKINSA ... 76
BSS ... 225
BSS PLUS ... 225
budesonide ... 28, 34, 121
budesonide er ... 121
budesonide-formoterol fumarate ... 32
bumetanide ... 137
BUMEX ... 137
BUPIVACAINE FISIOPHARMA ... 171
bupivacaine hcl (pf) ... 171
bupivacaine-epinephrine ... 171
bupivacaine-epinephrine (pf) ... 171
buprenorphine ... 27
buprenorphine hcl ... 26, 27
buprenorphine hcl-naloxone hcl ... 27
bupropion hcl ... 42
bupropion hcl er (smoking det) ... 238
bupropion hcl er (sr) ... 42
bupropion hcl er (xl) ... 42
buspirone hcl ... 29
busulfan ... 69
BUSULFEX ... 69
butalbital-acetaminophen ... 21
butalbital-apap-caff-cod ... 23
butalbital-apap-caffeine ... 21
butalbital-asa-caff-codeine ... 23
butalbital-aspirin-caffeine ... 21
butorphanol tartrate ... 27
BYFAVO ... 166
BYLVAY ... 150
BYLVAY (PELLETS) ... 150
BYOOVIZ ... 228
CABENUVA ... 98, 99
cabergoline ... 140
CABLIVI ... 157
CABOMETYX ... 80
CADUET ... 109
caffeine citrate ... 14
calcipotriene ... 128
calcipotriene-betameth diprop ... 136
calcitonin (salmon) ... 140
calcitrene ... 128
calcitriol ... 128, 142
calcium acetate ... 152
calcium acetate (phos binder) ... 152
CALCIUM GLUCONATE ... 197
CALCIUM GLUCONATE-NACL ... 197
CALDOLOR ... 19
CALQUENCE ... 76
CAMCEVI ... 87
camila ... 119
CAMPTOSAR ... 90
camrese ... 119
camrese lo ... 118
CAMZYOS ... 109
CANASA ... 151
CANCIDAS ... 54
candesartan cilexetil ... 62
candesartan cilexetil-hctz ... 61
capecitabine ... 70
CAPLYTA ... 94
CAPRELSA ... 80
captopril ... 60
captopril-hydrochlorothiazide ... 59
CAPVAXIVE ... 248
CARAC ... 127
CARAFATE ... 245
carbamazepine ... 38
carbamazepine er ... 38
carbidopa ... 93
carbidopa-levodopa ... 93
carbidopa-levodopa er ... 93
carbidopa-levodopa-entacapone ... 93
carbinoxamine maleate ... 56
carbinoxamine maleate er ... 56
carboplatin ... 69
carboprost tromethamine ... 230
CARDENE IV ... 106
CARDIOCOM LANCING DEVICE ... 176
CARDIZEM ... 106
CARDURA ... 63
CARDURA XL ... 153
CAREFINE PEN NEEDLES ... 189
careone advanced lancing dev ... 176
CAREONE INSULIN SYRINGE ... 189
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G ... 176
CAREONE LANCET THIN 23G ... 176
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS ... 189
CARESENS LANCETS ... 176
CARESENS LANCETS 30G ... 176
CARETOUCH INSULIN SYRINGE .. 189
CARETOUCH LANCING/EJECTOR 176
CARETOUCH PEN NEEDLES ... 189
CARETOUCH SAFETY LANCETS .. 176
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G ... 176
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G ... 176
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G ... 176
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G ... 176
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G ... 176
carglumic acid ... 142
carisoprodol ... 216
carmustine ... 89
CARNITOR ... 140
CARNITOR SF ... 140
CAROSPIR ... 138
carteolol hcl ... 222
cartia xt ... 106
carvedilol ... 104
carvedilol phosphate er ... 104
CASODEX ... 70
CASPOFUNGIN ACETATE ... 54
CATAPRES-TTS-1 ... 62
CATAPRES-TTS-2 ... 62
CATAPRES-TTS-3 ... 62
CATHFLO ACTIVASE ... 161
CAVERJECT ... 110
CAVERJECT IMPULSE ... 110
CAYA ... 174
CAYSTON ... 67
cefaclor ... 113
CEFACLOR ER ... 113
cefadroxil ... 112
cefazolin sodium ... 112
CEFAZOLIN SODIUM ... 112
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE ... 112, 113
cefazolin sodium-dextrose ... 113
cefdinir ... 113
cefepime hcl ... 114
CEFEPIME HCL ... 114
CEFEPIME-DEXTROSE ... 114
cefixime ... 113
CEFOTAN ... 113
cefotaxime sodium ... 113
cefotetan disodium ... 113
cefoxitin sodium ... 113
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE .. 113
cefpodoxime proxetil ... 113
cefprozil ... 113
ceftazidime ... 113
ceftriaxone sodium ... 113, 114
CEFTRIAXONE SODIUM ... 113
ceftriaxone sodium in dextrose ... 113
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE ... 114
cefuroxime axetil ... 113
cefuroxime sodium ... 113
celecoxib ... 19
CELESTONE SOLUSPAN ... 122
CELLCEPT ... 202
CELLCEPT INTRAVENOUS ... 202
CELLUGEL ... 228
CELONTIN ... 41
cephalexin ... 113
CEPROTIN ... 159
CERDELGA ... 161
CEREBYX ... 41
CEREZYME ... 161
CERVIDIL ... 230
cetirizine hcl ... 56
CETRAXAL ... 229
cetrorelix acetate ... 141
CETROTIDE ... 141
cevimeline hcl ... 206
charlotte 24 fe ... 115
chateal eq ... 115
CHEMET ... 51
childrens aspirin ... 22
chloramphenicol sod succinate ... 65
chlordiazepoxide hcl ... 30
chlordiazepoxide-amitriptyline ... 234
chlordiazepoxide-clidinium ... 244
chlorhexidine gluconate ... 205
chloroprocaine hcl (pf) ... 172
chloroquine phosphate ... 68

chlorothiazide sodium 138
chlorpromazine hcl 96
CHLORPROMAZINE HCL 96
chlorthalidone 138
chlorzoxazone 216
CHOLBAM 149
cholestyramine 57
cholestyramine light 57
CHORIONIC GONADOTROPIN 144
CHOSEN LANCETS 30G 176
CHOSEN LANCING DEVICE 176
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G ... 177
chromic chloride 200
ciclodan 126
ciclopirox 126
ciclopirox olamine 126
cidofovir 102
cilostazol 159
CILOXAN 223
CIMDUO 99
CIMERLI 229
cimetidine 245
cimetidine hcl 245
cinacalcet hcl 139
CINQAIR 34
CINRYZE 158
CINVANTI 54
CIPRO 149
ciprofloxacin hcl 149, 223, 229
ciprofloxacin in d5w 149
ciprofloxacin-dexamethasone 229
ciprofloxacin-fluocinolone pf 229
cisatracurium besylate 220
cisatracurium besylate (pf) 220
cisplatin 69
CISPLATIN 69
citalopram hydrobromide 43
CITRANATAL 90 DHA 214
CITRANATAL ASSURE 214
CITRANATAL B-CALM 212
CITRANATAL HARMONY 214
CITRANATAL MEDLEY 215
citrate of magnesia 169
citroma 169
cladribine 70
claravis 125
CLARINEX 56
CLARINEX-D 12 HOUR 123
clarithromycin 172
clarithromycin er 172
CLASSIC PRENATAL 212
CLEANLET LANCETS 28G 177
clearlax 168
CLEMASTINE FUMARATE 56
clemastine fumarate 56
CLEOCIN 66, 251
CLEOCIN PHOSPHATE 66
CLEOCIN-T 124
CLEVER CHEK LANCETS 177
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 177, 189
CLEVER CHOICE LANCETS 21G 177
CLEVER CHOICE LANCETS 23G 177
CLEVER CHOICE LANCETS 28G 177
CLEVIPREX 106
CLICKFINE PEN NEEDLES 189
CLIMARA PRO 147
Clindacin 124
clindacin etz 124
clindacin-p 124
clindamycin hcl 66
clindamycin palmitate hcl 66
clindamycin phos-benzoyl perox 125
clindamycin phosphate 66, 124, 251
clindamycin phosphate in d5w 66
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL 66
clindamycin-tretinoin 125
CLINDESSE 251
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 220
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 220
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 220
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 220
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 220
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 220
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 220
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 220
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 220
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 220
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 221
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 221
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 221
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 221
clinisol sf 221
CLINOLIPID 221
clinpro 5000 205
clobazam 37
clobetasol propionate 129, 130
clobetasol propionate e 129
clobetasol propionate emulsion 129
clocortolone pivalate 130
clodan 130
clofarabine 70
Clomid 144
clomiphene citrate 144
clomipramine hcl 44
clonazepam 37
clonidine 63
clonidine hcl 62, 63
clonidine hcl er 13
clopidogrel bisulfate 161
clorazepate dipotassium 30
clotrimazole 132, 205
clotrimazole-betamethasone 126
clozapine 95, 96
C-NATE DHA 212
CNJ-016 231
COAGADEX 156
COAGUCHEK LANCETS 177
coal tar 135
COARTEM 67
COCAINE HCL 218
CODEINE SULFATE 24
codeine sulfate 24
CODITUSSIN AC 123
CODITUSSIN DAC 123
colchicine 155
colchicine-probenecid 155
colesevelam hcl 57
COLESTID 57
colestipol hcl 57
colistimethate sodium (cba) 67
COLUMVI 76
COLY-MYCIN M 67
COMBIPATCH 147
COMBIVENT RESPIMAT 32
COMBOGESIC 19
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 80
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 80
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 189
COMFORT ASSURED LANCETS 28G 177
COMFORT ASSURED LANCETS 33G 177
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 189
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 189
COMFORT EZ PEN NEEDLES 189
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 189
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 190
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 190
COMFORT TOUCH LANCETS 31G 177
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G 177
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G 177
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G 177
COMIRNATY 249
COMPLETE NATAL DHA 214
COMPLETENATE 212
complex b-100 208
COMPLEX B-100-INOSITOL 216
complex b-50 prolonged release 208
compro 96
CO-NATAL FA 212
CONCEPT DHA 212
CONCEPT OB 212
condoms 173
CONDYLOX 132
CONJUPRI 106
constulose 168
COPASIL 134
COPAXONE 237
COPIKTRA 89
CORIFACT 156
CORLANOR 112
CORTEF 121
CORTENEMA 28
CORTIFOAM 28
CORTISPORIN-TC 229
CORTROPHIN 140
CORVERT 31
COSELA 88
COSENTYX 127

COSENTYX (300 MG DOSE) 127
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 127
COSENTYX SENSOREADY PEN 127
COSENTYX UNOREADY 127
COTELLIC 79
CREON 137
CRESEMBA 55
CRINONE 252
CROFAB 230
cromolyn sodium 32, 149, 223
crotan 134
cryselle-28 115
CRYSVITA 147
cupric chloride 200
CURAE 118
curity sterile saline 154
CUTAQUIG 231
CUVPOSA 246
cvs aspirin adult low dose 22
cvs aspirin adult low strength 22
cvs aspirin ec 22
cvs aspirin low dose 22
cvs aspirin low strength 22
cvs b complex plus c 207
cvs balanced b50 216
cvs c-lax laxative 170
cvs folic acid 162
cvs gentle laxative 170
cvs gentle laxative womens 170
cvs inner ear plus 216
CVS LANCETS 21G 177
CVS LANCETS MICRO THIN 33G 177
CVS LANCETS ORIGINAL 177
CVS LANCETS THIN 26G 177
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G 177
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G 177
cvs lancing device 177
cvs magnesium citrate 169
cvs milk of magnesia 169
cvs nicotine 238
cvs nicotine polacrilex 238
CVS PRENATAL 212
cvs purelax 168
cvs super b complex/c 207
CVS ULTRA THIN LANCETS 177
cyanocobalamin 161
CYANOKIT 51
cyclobenzaprine hcl 216
CYCLOGYL 222
CYCLOMYDRIL 222
cyclopentolate hcl 222
cyclophosphamide 88
CYCLOPHOSPHAMIDE 88
cycloserine 68
CYCLOSET 46
cyclosporine 201
cyclosporine modified 201
CYGNUS DUAL 135
CYKLOKAPRON 165
CYLTEZO (2 PEN) 18
CYLTEZO (2 SYRINGE) 18
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER 18
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER 18
cyproheptadine hcl 56
CYRAMZA 91
cyred eq 115
CYSTADANE 142
CYSTADROPS 228
CYSTAGON 154
CYSTARAN 228
cytarabine 70
cytarabine (pf) 70
CYTOGAM 231
CYTOTEC 247
dacarbazine 84
dactinomycin 82
daily multiple vitamins 209
daily value multivitamin 209
daily vitamins 209
daily vite 209
daily vite multivitamin/iron 208
daily vites 209
daily-vite 209
daily-vite multivitamin 209
dalfampridine er 237
DALVANCE 65
danazol 27
DANTRIUM 217
dantrolene sodium 217
DANYELZA 73
dapsone 66, 124
DAPTACEL 244
DAPTOMYCIN 65
daptomycin-sodium chloride 65
DARAPRIM 68
darifenacin hydrobromide er 247
darunavir 100
DARZALEX 73
DARZALEX FASPRO 83
dasatinib 75
dasetta 1/35 115
dasetta 7/7/7 120
DAUNORUBICIN HCL 82
DAURISMO 78
DAVIMET-FLUORIDE 211
DAXXIFY 131
DAYBUE 220
DAYPRO 19
daysee 119
DDAVP 146, 147
DDAVP PF 147
deblitane 119
decitabine 71
deferasirox 51
deferasirox granules 51
deferiprone 51
deferoxamine mesylate 51
DEFITELIO 161
DEFLUX 155
DELESTROGEN 148
DELSTRIGO 99
delyla 115
DELZICOL 151
demeclocycline hcl 242
DEMEROL 24
DEMSER 61
DENAVIR 128
DENGVAXIA 249
denta 5000 plus 205
dentagel 205
DEPEN TITRATABS 200
DEPO-ESTRADIOL 148
DEPO-MEDROL 121
DEPO-PROVERA 119
DEPO-SUBQ PROVERA 104 119
DEPO-TESTOSTERONE 27
DERMOTIC 229
DESCOVY 99
DESFERAL 51
desflurane 153
desipramine hcl 44
desloratadine 56
desmopressin ace spray refrig 147
desmopressin acetate 147
DESMOPRESSIN ACETATE 147
desmopressin acetate pf 147
desmopressin acetate spray 147
desogestrel-ethinyl estradiol 114
desonide 130
desoximetasone 130
desvenlafaxine succinate er 43
DEXABLISS 121
dexamethasone 121
DEXAMETHASONE INTENSOL 121
dexamethasone sod phos +rfid 121
dexamethasone sod phosphate pf 121
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF 121
dexamethasone sodium phosphate 121, 226
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 121
DEXCOM G6 RECEIVER 177
DEXCOM G6 SENSOR 177
DEXCOM G6 TRANSMITTER 177
DEXCOM G7 RECEIVER 177
DEXCOM G7 SENSOR 177
DEXMEDETOMIDINE HCL 167
dexmedetomidine hcl 167
dexmedetomidine hcl in nacl 167
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE 167
dexmethylphenidate hcl 15
dexmethylphenidate hcl er 15
dexrazoxane 84
dexrazoxane hcl 84
DEXTENZA 226
dextroamphetamine sulfate 13
dextroamphetamine sulfate er 13
dextrose 221
DEXTROSE 221
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 197
dextrose in lactated ringers 197
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 197
dextrose-sodium chloride 197
DEXYCU 226

DHIVY ... 93
DIACOMIT ... 38
dialyvite 800 ... 206
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 ... 177
DIATHRIVE LANCETS ... 177
DIATHRIVE LANCING DEVICE ... 177
DIATHRIVE PEN NEEDLE ... 190
diazepam ... 30, 37
diazepam intensol ... 30
diazoxide ... 45
DIBENZYLINE ... 61
dichlorphenamide ... 137
diclofenac potassium ... 19
diclofenac sodium ... 19, 126, 127, 225
diclofenac sodium er ... 19
diclofenac-misoprostol ... 19
dicloxacillin sodium ... 233
dicyclomine hcl ... 245
diethylpropion hcl ... 14
diethylpropion hcl er ... 14
DIFICID ... 173
diflorasone diacetate ... 130
DIFLUCAN ... 55
diflunisal ... 22
difluprednate ... 226
DIGIFAB ... 51
digoxin ... 109
dihydroergotamine mesylate ... 196
DILANTIN ... 41
DILANTIN INFATABS ... 41
DILANTIN-125 ... 41
DILAUDID ... 24
diltiazem hcl ... 107
DILTIAZEM HCL ... 107
diltiazem hcl er ... 106, 107
diltiazem hcl er beads ... 106
diltiazem hcl er coated beads ... 106
dilt-xr ... 107
DIMENHYDRINATE ... 53
dimethyl fumarate ... 237
dimethyl fumarate starter pack ... 237
DIPENTUM ... 151
diphenhydramine hcl ... 56
diphenoxylate-atropine ... 50
DIPRIVAN ... 153
dipyridamole ... 160
DISCOVISC ... 227
disopyramide phosphate ... 30
disulfiram ... 233
DIURIL ... 138
divalproex sodium ... 41
divalproex sodium er ... 41
dobutamine hcl ... 109
DOBUTAMINE-DEXTROSE ... 109
DOCETAXEL ... 87
DOCIVYX ... 88
dodex ... 161
dofetilide ... 31
DOJOLVI ... 221
dolishale ... 118
donepezil hcl ... 234
DOPAMINE HCL ... 109
DOPAMINE-DEXTROSE ... 109
DOPRAM ... 14
DOPTELET ... 164
dorzolamide hcl ... 224
dorzolamide hcl-timolol mal ... 221
dorzolamide hcl-timolol mal pf ... 222
dotti ... 148
DOVATO ... 99
doxazosin mesylate ... 63
doxepin hcl ... 44, 127, 167
doxercalciferol ... 142
DOXIL ... 82
doxorubicin hcl ... 82
doxorubicin hcl liposomal ... 82
doxy 100 ... 242
doxycycline hyclate ... 243
doxycycline monohydrate ... 243
doxylamine-pyridoxine ... 53
DRISDOL ... 253
dronabinol ... 53
droperidol ... 29
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE ... 177
DROPLET INSULIN SYRINGE ... 190
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G ... 177
DROPLET LANCING DEVICE ... 177
DROPLET MICRON ... 190
DROPLET PEN NEEDLES ... 190
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G ... 177
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES ... 190
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE ... 190
drospiren-eth estrad-levomefol ... 115
drospirenone-ethinyl estradiol ... 115
DROXIA ... 162
droxidopa ... 252
DRUG MART LANCETS THIN 26G ... 177
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G ... 178
DRUG MART UNIFINE PENTIPS ... 190
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS ... 190
DRUG MART UNILET LANCETS 28G ... 178
DRUG MART UNILET LANCETS 30G ... 178
DRUG MART UNILET LANCETS 33G ... 178
DSUVIA ... 24
DUAVEE ... 148
DUETACT ... 50
dulcolax ... 169
dulcolax milk of magnesia ... 169
duloxetine hcl ... 43, 44
DUOBRII ... 136
DUOPA ... 93
DUOVISC ... 227
DUPIXENT ... 129
duramorph ... 24
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN ... 173
DUREX REALFEEL ... 173
DUREX TROPICAL ... 173
DUREZOL ... 227
DUROLANE ... 217
DURYSTA ... 228
dutasteride ... 153
dutasteride-tamsulosin hcl ... 154
DUVYZAT ... 219
dyclopro ... 133
DYSPORT ... 219
e.e.s. 400 ... 172
ear health formula ... 216
ear health plus ... 216
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE ... 190
easy comfort insulin syringe ... 190
EASY COMFORT LANCETS ... 178
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP ... 178
EASY COMFORT PEN NEEDLES ... 190
EASY GLIDE PEN NEEDLES ... 190
easy mini eject lancing device ... 178
easy mini lancing device ... 178
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY ... 190
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR ... 190
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE ... 190
EASY TOUCH LANCETS 21G ... 178
EASY TOUCH LANCETS 23G ... 178
EASY TOUCH LANCETS 26G ... 178
EASY TOUCH LANCETS 28G ... 178
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST ... 178
EASY TOUCH LANCETS 30G ... 178
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST ... 178
EASY TOUCH LANCETS 32G ... 178
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST ... 178
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST ... 178
EASY TOUCH LANCING DEVICE ... 178
EASY TOUCH PEN NEEDLES ... 190
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G ... 178
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G ... 178
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G ... 178
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G ... 178
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES ... 190
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE ... 190
easygel ... 205
ec-naproxen ... 20
econazole nitrate ... 132
econtra one-step ... 118
ecotrin low strength ... 22
ECOZA ... 132
EDECRIN ... 137

edetate calcium disodium 51
EDEX 110
EDLUAR 167
EDURANT 100
efavirenz 101
efavirenz-emtricitab-tenofo df 99
efavirenz-lamivudine-tenofovir 99
EFUDEX 127
EGRIFTA SV 141
ELAHERE 83
ELAPRASE 143
ELCYS 221
ELELYSO 161
ELEPSIA XR 38
eletriptan hydrobromide 196
ELFABRIO 140
ELIGARD 87
ELIMITE 134
elinest 115
ELIQUIS 36
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 36
ELITEK 85
elite-ob 212
ELIXOPHYLLIN 35
ELLA 118
ELLENCE 82
ELMIRON 154
ELOCTATE 156
ELREXFIO 76
ELZONRIS 84
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G 178
embrace lancing device/ejector 178
EMBRACE PEN NEEDLES 190
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G 178
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G 178
EMEND 54
EMERPHED 252
EMGALITY 196
EMGALITY (300 MG DOSE) 196
EMPAVELI 158
EMPLICITI 75
EMSAM 42
emtricitabine 101
emtricitabine-tenofovir df 99
EMTRIVA 101
EMVERM 29
Emzahh 119
enalapril maleate 60
enalaprilat 60
enalapril-hydrochlorothiazide 59
ENBRACE HR 212
ENBREL 21
ENBREL MINI 21
ENBREL SURECLICK 21
ENCARE 251
ENDO AVITENE 165
endocet 26
ENDOMETRIN 252
endur-b 208
ENFAMIL EXPECTA 215
ENGERIX-B 249
ENHERTU 83
ENJAYMO 158
ENLITE GLUCOSE SENSOR 178
enoxaparin sodium 36
enpresse-28 120
enskyce 115
ENSPRYNG 203
ENSTILAR 136
entacapone 93
entecavir 102
ENTRESTO 110
ENTYVIO 151
enulose 151
ENVARSUS XR 203
EPANED 60
EPCLUSA 102
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) 252
EPICORD 135
EPIDIOLEX 38
EPIFIX 135
EPIFIX MICRONIZED 135
EPIFOAM 134
epinastine hcl 223
epinephrine 252
EPINEPHRINE 253
epinephrine (anaphylaxis) 252
EPINEPHRINE PF 253
EPINEPHRINESNAP 252
epitol 38
EPKINLY 76
eplerenone 63
EPOGEN 162
epoprostenol sodium 110
eptifibatide 159
eq aspirin adult low dose 22
eq aspirin low dose 22
eq clearlax 168
eq gentle laxative 170
eq laxative 168
eq magnesium citrate 169
eq nicotine 239
eq nicotine polacrilex 239
eq nicotine step 3 239
eql aspirin low dose 22
eql b complex 50 208
eql b-100 complex 208
eql clearlax 168
EQL COLOR LANCETS 21G 178
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G 178
eql gentle laxative 170
EQL INSULIN SYRINGE 190
eql laxative 170
eql magnesium citrate 169
EQL PRENATAL FORMULA 212
eql super b complex/vitamin c 206
EQL SUPER THIN LANCETS 30G 178
EQL THIN LANCETS 26G 178
EQUETRO 94
ERAXIS 54
ERBITUX 77
ergocalciferol 253
ergoloid mesylates 238
ergotamine-caffeine 196
eribulin mesylate 88
ERIVEDGE 78
ERLEADA 70
erlotinib hcl 77
errin 120
ERTACZO 132
ertapenem sodium 65
ERVEBO 249
ery 124
ERYGEL 124
ery-tab 172
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 172
erythromycin 124, 173, 223
erythromycin base 172
erythromycin ethylsuccinate 172
erythromycin lactobionate 172
escitalopram oxalate 43
ESKATA 134
esmolol hcl 105
ESMOLOL HCL 105
esmolol hcl-sodium chloride 105
esomeprazole magnesium 245
esomeprazole sodium 245
ESPEROCT 156
estarylla 115
estazolam 166
estradiol 148, 252
estradiol valerate 148
estradiol-norethindrone acet 147
ESTROFACTORS 209
eszopiclone 167
ethacrynate sodium 137
ethacrynic acid 137
ethambutol hcl 68
ETHAMOLIN 204
ethosuximide 41
ethynodiol diac-eth estradiol 115
etodolac 20
etodolac er 20
etomidate 153
ETOPOPHOS 88
etoposide 88
etravirine 101
EUCRISA 133
EUFLEXXA 217
EULEXIN 70
euthyrox 243
EVAMIST 148
EVENITY 145
everolimus 79, 203
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER 178
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT 178
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER 178
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER 179
EVERSENSE SENSOR/HOLDER 179
EVERSENSE SMART TRANSMITTER 179

EVISTA 145
EVKEEZA 57
EVOMELA 88
EVOTAZ 99
EVOXAC 206
EVRYSDI 220
EXELDERM 132
EXELON 234
exemestane 84
ex-lax ultra 170
EXONDYS 51 219
EXTENCILLINE 232
EYLEA 229
EYLEA HD 229
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G 179
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G 179
E-Z JECT LANCETS 179
E-Z JECT LANCETS 21G 179
E-Z JECT LANCETS THIN 26G 179
ezetimibe 58
ezetimibe-simvastatin 58
EZ-LETS LANCETS 21G 179
EZ-LETS LANCETS 26G 179
EZ-LETS LANCETS 28G 179
EZ-LETS LANCETS 30G 179
fa-8 162
FABHALTA 158
FABRAZYME 140
falmina 115
famciclovir 103
famotidine 245
famotidine (pf) 245
famotidine premixed 245
FANAPT 94
FANAPT TITRATION PACK 94
FANTASY LUBRICATED 173
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 173
FARESTON 70
FARXIGA 49
FASENRA 34
FASENRA PEN 34
FASLODEX 85
FC2 FEMALE CONDOM 173
febuxostat 155
FEIBA 156
felbamate 40
felodipine er 107
FEMARA 84
FEMCAP 173
FEMLYV 115
fenofibrate 57, 58
fenofibrate micronized 57
fenofibric acid 58
FENSOLVI (6 MONTH) 143
fentanyl 24
fentanyl citrate 24
FENTANYL CITRATE (PF) 24
fentanyl citrate (pf) 24
fentanyl citrate pf 24
FENTANYL CITRATE PF 24
FERAHEME 163
FERRIPROX 51
FERRIPROX TWICE-A-DAY 51
FERRLECIT 163
ferumoxytol 163
fesoterodine fumarate er 247
FETROJA 114
FIBRICOR 58
FIBRYGA 156
FIFTY50 PEN NEEDLES 190
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 179
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 191
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G 179
FILSPARI 154
FILSUVEZ 136
FINACEA 134
finasteride 136, 153
FINGERSTIX LANCETS 179
fingolimod hcl 240
FINTEPLA 38
Finzala 115
FIRDAPSE 68
FIRMAGON 86
FIRMAGON (240 MG DOSE) 85
FIRVANQ 65
flac 229
FLAGYL 64
FLAREX 227
FLAVOVIT EAR HEALTH 216
flavoxate hcl 247
flecainide acetate 31
FLEET STIMULANT 170
FLEXBUMIN 160
FLOLAN 110
FLORAFOL PEDIATRIC 211
FLORIVA 198, 211
FLORIVA PLUS 211
floxuridine 71
FLUAD 249
FLUARIX 249
FLUBLOK 249
FLUCELVAX 249
fluconazole 55
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE 55
fluconazole in sodium chloride 55
flucytosine 54
fludarabine phosphate 71
fludrocortisone acetate 122
FLULAVAL 249
flumazenil 52
FLUMIST 249
flunisolide 218
fluocinolone acetonide 130, 229
fluocinolone acetonide body 130
fluocinolone acetonide scalp 130
fluocinonide 130
fluocinonide emulsified base 130
fluorescein 224
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE 224
fluorescein-benoxinate 224
FLUORESCITE 224
fluoridex 205
fluoridex daily renewal 205
fluoridex enhanced whitening 205
fluorometholone 227
fluorouracil 71, 127
fluoxetine hcl 43
FLUOXETINE HCL 43
fluoxetine hcl (pmdd) 238
fluphenazine decanoate 96
fluphenazine hcl 96, 97
flurandrenolide 130
FLURA-SAFE 224
flurazepam hcl 166
flurbiprofen 20
flurbiprofen sodium 225
fluticasone propionate 130, 218
fluticasone propionate diskus 34, 35
fluticasone propionate hfa 35
fluticasone-salmeterol 32
fluvastatin sodium 58
fluvoxamine maleate 43
fluvoxamine maleate er 43
FLUZONE 250
FLUZONE HIGH-DOSE 250
FML FORTE 227
FML LIQUIFILM 227
focinvez 54
folate 162
FOLGARD OS 209
folic acid 162, 163
FOLIVANE-OB 212
FOLOTYN 71
foltabs 800 162
fomepizole 51
fondaparinux sodium 37
FORA LANCETS 179
FORA LANCING DEVICE 179
FORANE 153
formaldehyde 98
formoterol fumarate 33
FORTEO 145
FOSAMAX 139
FOSAMAX PLUS D 139
fosamprenavir calcium 100
fosaprepitant dimeglumine 54
foscarnet sodium 102
FOSCAVIR 102
fosfomycin tromethamine 67
fosinopril sodium 60
fosinopril sodium-hctz 59
fosphenytoin sodium 41
FOSRENOL 152
FOTIVDA 80
FRAGMIN 36
fraiche 5000 dental 205
FREESTYLE INSULINX TEST 136
FREESTYLE LANCETS 179
FREESTYLE LITE TEST 136
FREESTYLE PRECISION NEO TEST 136
FREESTYLE TEST 136

FREESTYLE UNISTICK II LANCETS ... 179
fresenius propoven ... 153
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ... 169
frovatriptan succinate ... 196
FRUZAQLA ... 91
ft aspirin ... 22
ft aspirin low dose ... 22
ft b-100 complex pr ... 208
ft clearlax ... 168
ft folic acid ... 163
ft laxative ... 170
ft magnesium citrate ... 169
ft milk of magnesia ... 169
ft nicotine ... 239
ft nicotine mini ... 239
ft prenatal ... 212
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ... 206
fulvestrant ... 85
FUNGIMEZ ... 126
FUROSCIX ... 137
furosemide ... 138
FUZEON ... 100
FYARRO ... 79
fyavolv ... 147
FYCOMPA ... 37
fyremadel ... 141
g tussin ac ... 123
gabapentin ... 38
gabapentin (once-daily) ... 238
GALAFOLD ... 140
galantamine hydrobromide ... 234
galantamine hydrobromide er ... 234
Gallifrey ... 233
GALZIN ... 200
GAMASTAN ... 231
GAMIFANT ... 203
GAMUNEX-C ... 231
GANCICLOVIR ... 102
GANCICLOVIR SODIUM ... 102
ganciclovir sodium ... 102
GANIRELIX ACETATE ... 141
GARDASIL 9 ... 250
GASTROCROM ... 149
gatifloxacin ... 223
GATTEX ... 150
gavilax ... 168
GAVILYTE-C ... 167
gavilyte-g ... 167
Gavilyte-N With Flavor Pack ... 167
GAVRETO ... 81
GAZYVA ... 73
gefitinib ... 77
GELFILM ... 165
GEL-FLOW NT ... 165
GELFOAM ... 165
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 ... 165
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 ... 165
GELFOAM SPONGE ... 165
GELFOAM SPONGE SIZE 100 ... 165
GELFOAM SPONGE SIZE 200 ... 165
GELFOAM SPONGE SIZE 50 ... 165
GEL-ONE ... 217
GELSYN-3 ... 217
GEMCITABINE HCL ... 71
gemcitabine hcl ... 71
gemfibrozil ... 58
gemmily ... 115
GEMTESA ... 247
generlac ... 151
gengraf ... 201
GENOTROPIN ... 141
GENOTROPIN MINIQUICK ... 141
gentamicin in saline ... 17
gentamicin sulfate ... 17, 126, 223
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET ... 179
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) ... 179
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) ... 179
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) ... 179
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) ... 179
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) ... 179
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) ... 179
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) ... 179
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) ... 179
GENTEEL NOZZLES ... 179
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) ... 179
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) ... 179
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) ... 179
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) ... 179
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) ... 179
gentle laxative ... 169, 170
gentlelax ... 168
GENVOYA ... 99
GIAPREZA ... 253
GILENYA ... 240
GILOTRIF ... 77
GIMOTI ... 150
GIVLAARI ... 155
GLASSIA ... 241
glatiramer acetate ... 237
glatopa ... 237
GLEOSTINE ... 89
GLIADEL WAFER ... 89
glimepiride ... 49
glipizide ... 49
glipizide er ... 49
glipizide xl ... 49, 50
glipizide-metformin hcl ... 49
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES ... 191
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR ... 191
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES ... 191
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR ... 191
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G ... 179
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G ... 180
GLOBAL INSULIN SYRINGES ... 191
global lancing device ... 180
GLOPERBA ... 155
GLUCAGON EMERGENCY ... 45
GLUCOCOM LANCETS 28G ... 180
GLUCOCOM LANCETS 30G ... 180
GLUCOCOM LANCETS 33G ... 180
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE ... 191
glyburide ... 50
glyburide micronized ... 50
glyburide-metformin ... 49
GLYCATE ... 246
glycine ... 154
glycine urologic ... 154
glycolax ... 168
GLYCOPHOS ... 198
glycopyrrolate ... 246
GLYCOPYRROLATE ... 246
GLYCOPYRROLATE PF ... 246
glycopyrrolate pf ... 246
glydo ... 133
GLYRX-PF ... 246
GLYXAMBI ... 49
gnp adult aspirin low strength ... 22
gnp aspirin ... 22
gnp aspirin low dose ... 22
gnp b-100 complex ... 208
gnp b-50 complex ... 208
gnp b-complex plus vitamin c ... 206
gnp clearlax ... 168
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES ... 191
gnp essential one daily ... 209
gnp folic acid ... 163
gnp gentle laxative ... 170
GNP INSULIN SYRINGE ... 191
GNP INSULIN SYRINGES ... 191
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" ... 191
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" ... 191
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" ... 191
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" ... 191
GNP LANCETS 21G ... 180
GNP LANCETS THIN 26G ... 180
GNP LANCING SYSTEM DEVICE ... 180
gnp magnesium citrate ... 169
gnp milk of magnesia ... 169
gnp nicotine ... 239
gnp nicotine mini ... 239
gnp nicotine polacrilex ... 239
GNP PRENATAL ... 212
GNP STERILE LANCETS 28G ... 180
GNP STERILE LANCETS 30G ... 180

GNP STERILE LANCETS 33G 180
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 191
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 191
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 191
gnp womens gentle laxative 170
GOCOVRI 92
gohibic 158
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP 180
GOJJI STERILE LANCETS 180
GONAL-F 144
GONAL-F RFF 144
GONAL-F RFF REDIJECT 144
goodsense aspirin 23
goodsense aspirin low dose 22
goodsense bisacodyl ec 170
goodsense bisacodyl laxative 170
goodsense clearlax 168
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 191
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G 180
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV 180
GOODSENSE LANCETS 30G 180
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV 180
GOODSENSE LANCETS 33G 180
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV 180
goodsense lancing device 180
goodsense magnesium citrate 169
goodsense milk of magnesia 169
goodsense nicotine 239
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 191
GOPRELTO 218
GRALISE 238
granisetron hcl 52
GRANIX 163
GRASTEK 16
griseofulvin microsize 54
griseofulvin ultramicrosize 54
guaifenesin-codeine 123
guanfacine hcl 63
guanfacine hcl er 13
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR .. 180
GUARDIAN 4 TRANSMITTER 180
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER 180
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER 180
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED 180
GUARDIAN SENSOR (3) 180
GUARDIAN SENSOR 3 180
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 45
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 45
GVOKE KIT 45
GVOKE PFS 45
GYNAZOLE-1 251
habitrol 239
HAEGARDA 158
HAEMOLANCE 180
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS 180
HAEMOLANCE PLUS 180
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW 180
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW . 180
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW . 180
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW 180
hailey 1.5/30 115
hailey 24 fe 115
hailey fe 1.5/30 115
hailey fe 1/20 115
HALAVEN 88
halcinonide 130
HALCION 166
halobetasol propionate 130
haloperidol 95
haloperidol decanoate 95
haloperidol lactate 95
HARVONI 102, 103
HAVRIX 250
HEALON DUET PRO 228
HEALON GV PRO 228
HEALON PRO 228
HEALON5 PRO 228
HEALTH CARE LANCING DEVICE 181
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 191
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 191
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 191
healthy hair/skin/nails 209
healthylax 168
heather 120
h-e-b aspirin 23
h-e-b incontrol adv lancing 181
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G 181
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G 181
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G 181
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 191
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 191
HECTOROL 142
HELIDAC THERAPY 246
HEMABATE 230
HEMADY 121
HEMANGEOL 105
HEMLIBRA 155
HEMOFIL M 156
HEPAGAM B 231
heparin (porcine) in nacl 36
HEPARIN (PORCINE) IN NACL 36
heparin na (pork) lock flsh pf 36
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W .. 36
heparin sod (porcine) in d5w 36
heparin sod (pork) lock flush 36
heparin sodium (porcine) 36
HEPARIN SODIUM (PORCINE) 36
heparin sodium (porcine) pf 36
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF 36
HEPLISAV-B 250
HEPZATO W/50MM CATHETER 88
HEPZATO W/62MM CATHETER 88
HER STYLE 118
HERCEPTIN 74
HERCEPTIN HYLECTA 83
HERZUMA 74
hetastarch-nacl 159
HETLIOZ LQ 167
HEXATRIONE 121
HEXTEND 159
HIBERIX 248
hidex 6-day 121
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN .. 209
HIPREX 67
HIZENTRA 231
hm clearlax 168
hm milk of magnesia 169
hm nicotine polacrilex 239
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 191
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 191
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 191
HUMALOG 46
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 46
HUMALOG KWIKPEN 46
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 46
HUMALOG MIX 75/25 46
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 46
HUMATE-P 156
HUMATIN 17
HUMATROPE 141
HUMIRA (2 PEN) 18, 19
HUMIRA (2 SYRINGE) 19
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 19
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 19
HUMULIN 70/30 47
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 47
HUMULIN N 47
HUMULIN N KWIKPEN 47
HUMULIN R 47
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 47
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 47
HYALGAN 217, 218
HYCAMTIN 90
HYCODAN 123
hydralazine hcl 63, 64
HYDREA 84
hydrochlorothiazide 138
hydrocod poli-chlorphe poli er 124
hydrocodone bitartrate er 24
hydrocodone bit-homatrop mbr 123
hydrocodone-acetaminophen 24
hydrocodone-ibuprofen 24
hydrocortisone 28, 121, 131
hydrocortisone (perianal) 28
hydrocortisone ace-pramoxine 28
hydrocortisone butyrate 131
hydrocortisone sod suc (pf) 121
hydrocortisone valerate 131
hydrocortisone-acetic acid 229
hydromet 123

hydromorphone hcl 24
hydromorphone hcl er 24
HYDROMORPHONE HCL PF 24
hydromorphone hcl pf 24
hydroxocobalamin acetate 161
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 68
hydroxychloroquine sulfate 68
hydroxyurea 84
hydroxyzine hcl 29, 30
hydroxyzine pamoate 30
HYFTOR 133
HYLENEX 201
HYMOVIS 218
HYPERHEP B 231
HYPERRAB 231
HYPERRHO S/D 231
HYPERSAL 123
HYPERTET 231
HYPOLANCE AST LANCING 181
HY-VEE LANCETS 181
HY-VEE THIN LANCETS 181
ibandronate sodium 139
IBRANCE 85
ibu 20
ibuprofen 20
ibuprofen lysine 20
ibutilide fumarate 31
icatibant acetate 157
iclevia 119
ICLUSIG 75
IDAMYCIN PFS 82
idarubicin hcl 82
IDELVION 156
IDHIFA 86
IFEX 88
ifosfamide 88, 89
IFOSFAMIDE 89
IGALMI 167
IHEALTH LANCING DEVICE 181
IHEEZO 225
ILARIS 19
ILEVRO 225
ILIDERM 133
ILUVIEN 227
imatinib mesylate 75
IMBRUVICA 76
IMCIVREE 15
IMDELLTRA 76
IMFINZI 74
imipenem-cilastatin 65
imipramine hcl 44
imipramine pamoate 44
imiquimod 132
imiquimod pump 132
IMJUDO 73
IMMPHENTIV 253
IMOGAM RABIES-HT 231
IMOVAX RABIES 250
IMPAVIDO 64
IMURAN 204
IN TOUCH LANCING DEVICE 181
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G 181
inatal gt 212
INBRIJA 92
incassia 120
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 191
INCRELEX 143
indapamide 138
INDERAL XL 105
indomethacin 20
indomethacin er 20
indomethacin sodium 20
INFANRIX 244
INFED 164
INFLIXIMAB 152
INFUMORPH 200 24
INFUMORPH 500 25
INFUVITE ADULT 209
INFUVITE PEDIATRIC 211
INGREZZA 235
INLYTA 91
INNOPRAN XL 105
INQOVI 83
INREBIC 86
INSPRA 63
INSTAT 165
INSULIN LISPRO 47
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 47
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 47
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 47
INSULIN SYRINGE 191
insulin syringe-needle u-100 191
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 191
INSUPEN PEN NEEDLES 191
INTELENCE 101
INTERCEED 165
INTERCEED (TC7) 165
INTRALIPID 221
INTRAROSA 251
introvale 119
INVEGA HAFYERA 94, 95
INVEGA SUSTENNA 95
INVEGA TRINZA 95
INVELTYS 227
IONOSOL-MB IN D5W 197
IOPIDINE 226
IPOL 250
ipratropium bromide 33, 218
ipratropium-albuterol 32
irbesartan 62
irbesartan-hydrochlorothiazide 61
IRESSA 77
irinotecan hcl 90
ISENTRESS 100
ISENTRESS HD 100
isibloom 115
isoflurane 153
ISOLYTE-P IN D5W 197
ISOLYTE-S 197
ISOLYTE-S PH 7.4 197
isoniazid 68
isoproterenol hcl 33
ISORDIL TITRADOSE 29
isosorb dinitrate-hydralazine 110
isosorbide dinitrate 29
isosorbide mononitrate 29
isosorbide mononitrate er 29
isotretinoin 125
isradipine 107
ISTODAX 78
ISTURISA 140
ITOVEBI 89
itraconazole 55
ivabradine hcl 112
ivermectin 29, 134
IWILFIN 89
IXCHIQ 250
IXEMPRA KIT 88
IXIARO 250
IXINITY 156
IYUZEH 228
IZERVAY 224
jaimiess 119
JAKAFI 86
jantoven 35
JANUMET 46
JANUMET XR 46
JANUVIA 46
JARDIANCE 49
jasmiel 115
JATENZO 27
Javygtor 145
JAYPIRCA 77
JELMYTO 82
JEMPERLI 74
jencycla 120
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL 212
JEUVEAU 131
JEVTANA 88
jinteli 148
JIVI 156
JOENJA 200
jolessa 119
Joyeaux 115
JUBLIA 132
juleber 116
JULUCA 99
junel 1.5/30 116
junel 1/20 116
junel fe 1.5/30 116
junel fe 1/20 116
junel fe 24 116
JUXTAPID 58
JYLAMVO 71
JYNARQUE 145
JYNNEOS 250
KABIVEN 221
KADCYLA 83
kaitlib fe 116
KALBITOR 159
kalliga 116
KALYDECO 241
KAMELEON LUBRICATED 173
KANJINTI 74

KANUMA 143
KAPSPARGO SPRINKLE 105
KARDIAMEMBRANE 135
kariva 114
KATERZIA 107
KCENTRA 156
kcl (0.149%) in nacl 197
kcl (0.298%) in nacl 197
kcl in dextrose-nacl 197
KCL IN DEXTROSE-NACL 197
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 197
KEDBUMIN 160
KEDRAB 231
kelnor 1/35 116
kelnor 1/50 116
KENALOG-10 121
KENALOG-40 121
KENALOG-80 121
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS 136
KENGREAL 159
KEPIVANCE 85
KERENDIA 144
KESIMPTA 236
KETALAR 153
ketamine hcl 153
ketoconazole 55, 132
ketodan 132
ketoprofen er 20
ketorolac tromethamine 20, 225, 226
KETOROLAC TROMETHAMINE 20
KEYTRUDA 74
KHAPZORY 85
KIMMTRAK 76
kimono 173
KIMONO COLORS 173
KIMONO MAXX-LARGE FLARE 173
kimono micro thin 173
kimono micro thin plus 173
kimono plus 173
kimono ps 173
kimono ps plus 173
kimono sensation 173
kimono sensation plus 173
KIMONO SPECIAL 173
KIMYRSA 65
KINNEY LANCETS 181
KINNEY THIN LANCETS 181
KINRAY INSULIN SYRINGE 192
KINRIX 244
KISQALI (200 MG DOSE) 85
KISQALI (400 MG DOSE) 85
KISQALI (600 MG DOSE) 85
KLARON 124
Klayesta 126
KLISYRI (250 MG) 133
KLISYRI (350 MG) 133
klor-con 199
klor-con 10 199
klor-con m10 199
klor-con m15 199
klor-con m20 199
KLOXXADO 52
kls aspirin low dose 23
kls laxaclear 168
kls quit2 239
kls quit4 239
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G 192
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G 192
KOATE 157
KOATE-DVI 157
kobee 207
KOGENATE FS 157
KORSUVA 204
KOSELUGO 79
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 212
Kourzeq 206
KOVALTRY 157
kp aspirin 23
kp b complex-c 206
kp bisacodyl 170
kp folic acid 163
KP PRENATAL MULTIVITAMINS 212
K-PHOS 198
K-PHOS NO 2 154
K-PHOS-NEUTRAL 198
KPN PRENATAL 212
KRAZATI 79
KRINTAFEL 68
KRISTALOSE 168
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE 181
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G 181
KROGER INSULIN SYRINGE 192
KROGER LANCETS 181
KROGER LANCETS 21G 181
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G 181
KROGER LANCETS SUPER THIN 181
KROGER LANCETS THIN 181
KROGER LANCETS THIN 26G 181
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G 181
kroger lancing device 181
KROGER PEN NEEDLES 192
KRYSTEXXA 155
K-TAB 199
kurvelo 116
KYLEENA 119
KYPROLIS 81
labetalol hcl 104
lacosamide 38
lactated ringers 197, 202
LACTULOSE 168
lactulose 168
lactulose encephalopathy 151
LAGEVRIO 103
lamivudine 101, 102
lamivudine-zidovudine 99
lamotrigine 38, 39
lamotrigine er 38
lamotrigine starter kit-blue 39
lamotrigine starter kit-green 39
lamotrigine starter kit-orange 39
LAMPIT 64
LAMZEDE 139
lancet device 181
lancet device with ejector 181
LANCETS 181
LANCETS 30G 181
LANCETS 33G 181
LANCETS MICRO THIN 33G 181
LANCETS SUPER THIN 181
LANCETS SUPER THIN 28G 181
LANCETS THIN 181
LANCETS ULTRA THIN 181
LANCETS ULTRA THIN 30G 181
lancing device 181
LANOXIN 109
LANOXIN PEDIATRIC 109
LANREOTIDE ACETATE 146
lansoprazole 246
lanthanum carbonate 152
LANTUS 47
LANTUS SOLOSTAR 47
LANZO 182
lapatinib ditosylate 80
larin 1.5/30 116
larin 1/20 116
larin 24 fe 116
larin fe 1.5/30 116
larin fe 1/20 116
LASIX 138
latanoprost 228
LATISSE 134
LAVARE WOUND WASH 136
laxative 170
layolis fe 116
LAZCLUZE 77
leader advanced lancing device 182
LEADER INSULIN SYRINGE 192
LEADER UNIFINE PENTIPS 192
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 192
leena 120
leflunomide 21
LEMTRADA 237
lenalidomide 202
LENTOCILIN 232
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 91
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 91
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 91
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 91
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 91
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 91
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 91
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 91
LEQVIO 59
lessina 116
letrozole 84
leucovorin calcium 85
LEUKERAN 89
LEUKINE 163
leuprolide acetate 87
leuprolide acetate (3 month) 87
levalbuterol hcl 33
levalbuterol tartrate 33

levamlodipine maleate 107
levetiracetam 39
levetiracetam er 39
LEVETIRACETAM IN NACL 39
levobunolol hcl 222
levocarnitine 140
levocarnitine sf 140
levocetirizine dihydrochloride 56
levofloxacin 149, 223
levofloxacin in d5w 149
levoleucovorin calcium 85
levoleucovorin calcium pf 85
levonest 120
levonorgest-eth est & eth est 119
levonorgest-eth estrad 91-day 119
levonorgest-eth estradiol-iron 116
levonorgestrel 118
levonorgestrel-ethinyl estrad 116, 118
levonorg-eth estrad triphasic 120
LEVOPHED 253
levora 0.15/30 (28) 116
levorphanol tartrate 25
levo-t 243
LEVOTHYROXINE SODIUM 243
levothyroxine sodium 243
levoxyl 243
LEVULAN KERASTICK 134
l-glutamine 161
LIBERTY MEDICAL LANCETS 182
LIBERTY MINI LANCING DEVICE 182
LIBRAX 244
LIBTAYO 74
lidocaine 133
lidocaine hcl 133, 171, 205
lidocaine hcl (cardiac) 31
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF 31
lidocaine hcl (cardiac) pf 31
lidocaine hcl (pf) 171
lidocaine hcl urethral/mucosal 133
lidocaine in d5w 31
lidocaine viscous hcl 205
lidocaine-epinephrine 171
lidocaine-epinephrine (pf) 171
lidocaine-prilocaine 135
LILETTA (52 MG) 119
LINCOCIN 66
lincomycin hcl 66
linezolid 67
linezolid in sodium chloride 67
LINZESS 150
liothyronine sodium 243, 244
lipo flavonoid plus 216
LIPOFEN 58
lipoflavovit 216
LIPOTRIAD 216
liraglutide 48
lisdexamfetamine dimesylate 13, 14
lisinopril 60
lisinopril-hydrochlorothiazide 59, 60
LITE TOUCH LANCETS 182
LITE TOUCH LANCING PEN 182
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 192
LITETOUCH LANCETS 182
LITETOUCH PEN NEEDLES 192
lithium 94
lithium carbonate 94
lithium carbonate er 94
LITHOSTAT 155
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN 182
LIVMARLI 150
LIVTENCITY 102
lmd in d5w 159
lmd in nacl 159
LO LOESTRIN FE 114
LODINE 20
LODOSYN 93
loestrin 1.5/30 (21) 116
loestrin 1/20 (21) 116
loestrin fe 1.5/30 116
loestrin fe 1/20 116
lofexidine hcl 233
lojaimiess 119
LOKELMA 203, 204
LOMAIRA 14
LOMOTIL 50
LONGS INSULIN SYRINGE 192
LONGS LANCETS STANDARD 182
LONGS LANCETS THIN 182
LONGS LANCETS ULTRA THIN 182
LONSURF 83
loperamide hcl 50
LOPID 58
lopinavir-ritonavir 99
LOQTORZI 74
lorazepam 30
lorazepam intensol 30
LORBRENA 72
loryna 116
losartan potassium 62
losartan potassium-hctz 61
LOTEMAX 227
LOTEMAX SM 227
LOTENSIN 60
LOTENSIN HCT 60
loteprednol etabonate 227
lovastatin 58
low-ogestrel 116
loxapine succinate 96
lo-zumandimine 116
lubiprostone 149
LUCENTIS 229
LUGOLS STRONG IODINE 98
luliconazole 132
LUMAKRAS 79
LUMIGAN 228
LUMIZYME 140
LUNSUMIO 76
LUPKYNIS 201
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 87
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 87
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 87
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 87
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 143
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 143
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 143
lurasidone hcl 94
LUTATHERA 83
lutera 116
LUZU 132
LYBALVI 241
lyleq 120
lyllana 148
LYNPARZA 90
LYSODREN 70
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 77
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 77
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 77
LYUMJEV 47
LYUMJEV KWIKPEN 47
lyza 120
MACROBID 67
MACRODANTIN 67
mafenide acetate 129
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 192
magnesium citrate 169
MAGNESIUM SULFATE 198
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 198
MALARONE 67
malathion 134
manganese chloride 198
mannitol 138
MARATHON MEDICAL PENTIPS 192
maraviroc 99
MARCAINE 171
MARCAINE PRESERVATIVE FREE 171
MARCAINE/EPINEPHRINE 171
MARCAINE/EPINEPHRINE PF 171
MAR-COF CG EXPECTORANT 123
MARGENZA 74
MARINOL 53
marlissa 116
MARPLAN 42
MASONATAL 212
MATULANE 84
matzim la 107
MAVENCLAD (10 TABS) 235
MAVENCLAD (4 TABS) 235
MAVENCLAD (5 TABS) 236
MAVENCLAD (6 TABS) 236
MAVENCLAD (7 TABS) 236
MAVENCLAD (8 TABS) 236
MAVENCLAD (9 TABS) 236
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 192
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 192
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 192
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 192
MAXIDEX 227
MAXITROL 226
maxi-tuss ac 123
MAXI-TUSS CD 124
maxx 173
maxx plus 173
MAYZENT 240
MAYZENT STARTER PACK 240
meclizine hcl 53

meclofenamate sodium 20
MEDIC INSULIN SYRINGE 192
MEDICHOICE SAFETY LANCET 182
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA 182
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM 182
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 192
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G 182
MEDLANCE PLUS LITE 25G 182
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM 182
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G 182
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G 182
MEDROL 121, 122
medroxyprogesterone acetate 119, 233
mefenamic acid 20
mefloquine hcl 68
mega multiple/chelated mineral 216
megestrol acetate 90, 233
MEIJER LANCETS 182
MEIJER LANCETS THIN 182
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G 182
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G 182
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G 182
MEIJER PEN NEEDLES 192
MEIJER SUPER THIN LANCETS 182
MEKINIST 79
MEKTOVI 79
meloxicam 20
melphalan hcl 89
memantine hcl 237
memantine hcl er 237
MENEST 148
MENOPUR 144
MENOSTAR 148
MENQUADFI 248
MENVEO 248
meperidine hcl 25
meprobamate 30
MEPRON 64
MEPSEVII 144
mercaptopurine 71
meropenem 65
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 65
merzee 116
mesalamine 151
mesalamine er 151
mesalamine-cleanser 151
mesna 91
MESNEX 91
MESTINON 68
metformin hcl 45
metformin hcl er 45
METHADONE HCL 25
methadone hcl 25
methadone hcl intensol 25
METHADOSE 25
methadose 25
METHADOSE SUGAR-FREE 25
methazolamide 137
methenamine hippurate 67
methergine 230
methimazole 243
methocarbamol 216
methotrexate sodium 71
methotrexate sodium (pf) 71
methoxsalen rapid 127
methscopolamine bromide 246
methsuximide 41
methyldopa 63
methylene blue 51
methylene blue (antidote) 51
methylergonovine maleate 230
methylphenidate 16
methylphenidate hcl 16
methylphenidate hcl er 16
methylphenidate hcl er (cd) 15
methylphenidate hcl er (la) 15
methylphenidate hcl er (osm) 15
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) 16
methylphenidate hcl er (xr) 16
methylprednisolone 122
methylprednisolone sodium succ 122
metoclopramide hcl 150
metolazone 138
metoprolol succinate er 105
metoprolol tartrate 105
metoprolol-hydrochlorothiazide 63
METROCREAM 134
METRONIDAZOLE 64
metronidazole 64, 134, 251
metyrosine 61
mexiletine hcl 31
MI PASTE 174
MI PASTE PLUS 174
MIACALCIN 140
Mibelas 24 Fe 116
MICAFUNGIN SODIUM 54
micafungin sodium-nacl 54
miconazole 3 251
miconazole-zinc oxide-petrolat 126
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 231
MICRODOT PEN NEEDLE 192
microgestin 1.5/30 116
microgestin 1/20 116
microgestin fe 1.5/30 116
microgestin fe 1/20 117
MICROLET LANCETS 182
MICROLET NEXT LANCING DEVICE 182
midazolam hcl 166
midazolam hcl (pf) 166
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE 166
midazolam-sodium chloride (pf) 166
midodrine hcl 253
MIFEPREX 138
mifepristone 48, 138
migergot 196
miglitol 45
miglustat 161
mili 117
milk of magnesia 169
milrinone lactate 109
milrinone lactate in dextrose 109
mimvey 148
mineral oil heavy 169
mini lancing device 182
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER 182
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS 182
MINOCIN 243
minocycline hcl 243
minoxidil 64
MIOCHOL-E 223
MIOSTAT 223
mirabegron er 247
MIRAPEX ER 93
MIRCERA 162
MIRENA (52 MG) 119
mirtazapine 41
MIRVASO 134
misoprostol 247
mitigo 25
mitomycin 82, 223
MITOSOL 223
mitoxantrone hcl 82
mm aspirin 23
mm clearlax 168
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 192
MM LANCING DEVICE 182
MM PEN NEEDLES 192
MM TWIST LANCETS 182
M-M-R II 248
M-NATAL PLUS 212
modafinil 16
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y 250
moexipril hcl 60
molindone hcl 96
mometasone furoate 131, 218
mondoxyne nl 243
MONJUVI 72
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY 171
monoject flush syringe 199
MONOJECT INSULIN SYRINGE 192
monoject sodium chloride flush 199
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 192
MONOLET LANCETS 182
MONOLET OPD LANCETS 182
MONOLETTOR SAFETY LANCETS 182
mono-linyah 117
MONOVISC 218
montelukast sodium 34
MORPHINE SULFATE 25
morphine sulfate 25
morphine sulfate (concentrate) 25
morphine sulfate (pf) 25

MORPHINE SULFATE (PF) 25
morphine sulfate er 25
morphine sulfate er beads 25
MOTOFEN 50
MOUNJARO 48
MOVANTIK 152
MOXIFLOXACIN HCL 149
moxifloxacin hcl 149, 223
moxifloxacin hcl (2x day) 223
moxifloxacin hcl in nacl 149
MOZOBIL 162
MRESVIA 250
MS INSULIN SYRINGE 192
MULPLETA 164
MULTAQ 31
MULTI PRENATAL 212
multi vitamin 209
MULTI VITAMIN W/D-3 209
multi-lancet device 183
MULTI-LANCET DEVICE 2 183
multiple electro type 1 ph 5.5 197
multiple electro type 1 ph 7.4 198
multiple vitamin-folic acid 209
multiple vitamins 209
multiple vitamins essential 209
multiple vitamins/iron 208
MULTITRACE-4 PEDIATRIC 199
MULTIVITAMIN 210
multi-vitamin 210
multivitamin adult 209
multivitamin iron-free 210
multivitamin plus iron adult 208
multivitamin w/fluoride 211
multivitamin/fluoride 211
multi-vitamin/fluoride 211
multi-vitamin/fluoride/iron 210
multi-vitamin/iron 208
MULTI-VIT-FLOR 211
MULTRYS 199
mupirocin 126
mutamycin 82
MVASI 91
my choice 118
my way 118
MYALEPT 143
MYCAMINE 54
MYCAPSSA 146
mycophenolate mofetil 202
mycophenolate mofetil hcl 202
mycophenolate sodium 202
mycophenolic acid 202
MYDCOMBI 222
MYDRIACYL 222
MYFEMBREE 148
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G 183
MYHIBBIN 202
MYLERAN 69
MYLOTARG 73
MYOBLOC 219
MYRBETRIQ 247
MYTESI 50
MYXREDLIN 47
na ferric gluc cplx in sucrose 164
na sulfate-k sulfate-mg sulf 167
NABI-HB 231
nabumetone 20
nadolol 105
nafcillin sodium 233
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE 233
naftifine hcl 126
NAFTIN 126
NAGLAZYME 144
nalbuphine hcl 27
nalmefene hcl 52
naloxone hcl 52
naltrexone hcl 52
NAMENDA TITRATION PAK 237
NAMZARIC 234
naproxen 20
naproxen dr 20
naproxen sodium 20
naratriptan hcl 196
NARDIL 42
NAROPIN 171
NATACYN 223
natal pnv 212
NATALVIT 212
nateglinide 48
NATESTO 28
NATROBA 134
nat-rul b-50 216
nat-rul daily-vite+iron 208
nebivolol hcl 105
NEBUPENT 64
Nebusal 123
necon 0.5/35 (28) 117
NEEVO DHA 212
nefazodone hcl 43
nelarabine 71
NEOMULTIVITE 210
neomycin sulfate 17
neomycin-bacitracin zn-polymyx 224
neomycin-polymyxin b gu 153
neomycin-polymyxin-dexameth 226
neomycin-polymyxin-gramicidin 224
neomycin-polymyxin-hc 226, 229
NEONATAL COMPLETE 212
NEONATAL PLUS 212
neonatal prenatal 212
NEONATAL VITAMIN 212
neo-polycin 224
neo-polycin hc 226
NEOPROFEN 20
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE 68
NEO-SYNALAR 126
NEOX 100 135
NEOX CORD 1K 135
nephro vitamins 206
NEPHRO-VITE 206
NERLYNX 80
NESACAINE 172
NESACAINE-MPF 172
NESTABS 212
NESTABS DHA 212
NESTABS ONE 215
neuac 125
NEULASTA 163
NEULASTA ONPRO 163
NEUPRO 93
NEVANAC 226
nevirapine 101
nevirapine er 101
new day 118
NEXAVAR 80
NEXIUM I.V. 246
NEXLETOL 57
NEXLIZET 57
NEXOBRID 131
NEXPLANON 119
NEXTERONE 31
NEXVIAZYME 141
niacin (antihyperlipidemic) 58
niacin er (antihyperlipidemic) 59
niacor 59
nicardipine hcl 107
NICARDIPINE HCL IN NACL 107
NICODERM CQ 239
NICORETTE 239
NICORETTE MINI 239
NICORETTE STARTER KIT 239
NICOTINE 240
nicotine 240
nicotine mini 239
nicotine polacrilex 239
nicotine polacrilex mini 239
nicotine step 1 239
nicotine step 2 239
nicotine step 3 240
NICOTROL 240
NICOTROL NS 240
nifedipine 107
nifedipine er 107
nifedipine er osmotic release 107
nikki 117
nilutamide 70
nimodipine 107
NINJACOF-XG 123
NINLARO 81
NIPENT 84
NIPRIDE RTU 64
nisoldipine er 107, 108
nitazoxanide 64
NITHIODOTE 50
nitisinone 142
NITRO-BID 29
NITRO-DUR 29
nitrofurantoin 67
nitrofurantoin macrocrystal 67
nitrofurantoin monohyd macro 67
nitroglycerin 28, 29
NITROGLYCERIN 29
nitroglycerin in d5w 29
NITROLINGUAL 29
nitroprusside sodium 64
nitroprusside sodium-nacl 64
NITROSTAT 29
NITYR 142

NIVA-PLUS 212
nizatidine 245
NOCDURNA 147
nora-be 120
norelgestromin-eth estradiol 118
norethin ace-eth estrad-fe 117
norethindrone 120
norethindrone acetate 233
norethindrone acet-ethinyl est 117
norethindrone-eth estradiol 148
norethindron-ethinyl estrad-fe 120
norethin-eth estradiol-fe 117
norgesic 217
norgestimate-eth estradiol 117
norgestim-eth estrad triphasic 120
NORLIQVA 108
norlyroc 120
normal saline flush 199
NORMOSOL-M IN D5W 197
NORMOSOL-R 198
NORMOSOL-R IN D5W 197
NORMOSOL-R PH 7.4 198
NORPACE 30
NORPACE CR 30
NORPRAMIN 44
nortrel 0.5/35 (28) 117
nortrel 1/35 (21) 117
nortrel 1/35 (28) 117
nortrel 7/7/7 120
nortriptyline hcl 44
NORVIR 100
NOURIANZ 92
NOVA SAFETY LANCETS 23G 183
NOVA SAFETY LANCETS 28G 183
NOVA SUREFLEX LANCETS 183
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE 183
NOVAREL 144
novavax covid-19 vaccine 250
novite 210
NOVOEIGHT 157
NOVOFINE PEN NEEDLE 192
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 192
NOVOSEVEN RT 157
NOXAFIL 55
np thyroid 244
NPLATE 164
NUBEQA 70
NUCALA 34
NUCYNTA 25
NUEDEXTA 238
NULIBRY 143
NULOJIX 204
NUMBRINO 218
NUPLAZID 94
NURTEC 195
NUTRILIPID 221
NUVARING 118
NUVESSA 251
NUWIQ 157
NUZYRA 242
nyamyc 126
nylia 1/35 117
nylia 7/7/7 120
NYMALIZE 108
nystatin 55, 126, 205
nystatin-triamcinolone 126
nystop 126
OB COMPLETE 212
OB COMPLETE ONE 212
OB COMPLETE PETITE 213
OB COMPLETE PREMIER 213
OB COMPLETE/DHA 213
obizur 157
OCALIVA 149
ocella 117
OCTAGAM 231
OCTAPLAS BLOOD GROUP A 160
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB 160
OCTAPLAS BLOOD GROUP B 160
OCTAPLAS BLOOD GROUP O 160
octreotide acetate 146
OCUFLOX 223
ODACTRA 17
ODEFSEY 99
ODOMZO 78
OFEV 242
ofloxacin 149, 223, 229
OGIVRI 74
OGSIVEO 78
OHTUVAYRE 34
OJEMDA 76
OJJAARA 86
olanzapine 98
olanzapine-fluoxetine hcl 241
OLINVYK 25
olmesartan medoxomil 62
olmesartan medoxomil-hctz 61, 62
olmesartan-amlodipine-hctz 62
olopatadine hcl 218
OLPRUVA (2 GM DOSE) 146
OLPRUVA (3 GM DOSE) 146
OLPRUVA (4 GM DOSE) 146
OLPRUVA (5 GM DOSE) 146
OLPRUVA (6 GM DOSE) 146
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) 146
OMECLAMOX-PAK 247
omega-3-acid ethyl esters 57
OMEGAVEN 221
omeprazole 246
OMIDRIA 227
OMNICAP 210
OMNIFLEX DIAPHRAGM 175
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 188
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 188
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 188
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 188
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 188
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) ... 188
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 188
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 188
ONCASPAR 83
once daily 210
ondansetron 52
ondansetron hcl 52
one daily 210
one daily essential 210
one daily essentials 210
one daily multivitamin adult 210
one daily multivitamin/iron 209
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN 210
ONE VITE WOMENS 213
ONE VITE WOMENS PLUS 213
one-daily multi vitamins 210
one-daily multi-vitamin 210
one-daily multi-vitamin/iron 209
one-daily/iron 209
ONELAX MAGNESIUM CITRATE .. 169
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G 183
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G 183
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING 183
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING 183
ONETOUCH ULTRA 136
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST 136
ONETOUCH ULTRA TEST 137
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS 183
ONETOUCH VERIO 137
ONGENTYS 93
ONIVYDE 90
ONPATTRO 238
ONTRUZANT 74
ONUREG 71
opcicon one-step 118
OPDIVO 74
OPDUALAG 72
OPFOLDA 141
OPILL 120
OPSUMIT 111
OPSYNVI 110
option 2 118
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 251
OPVEE 52
OPZELURA 129
ORABLOC 171
ORALAIR 17
oralone 206
ORAPRED ODT 122
ORAVIG 205
ORBACTIV 65
ORENITRAM 110
ORENITRAM MONTH 1 110
ORENITRAM MONTH 2 110
ORENITRAM MONTH 3 110
ORFADIN 142
ORGOVYX 86
ORIAHNN 148
ORILISSA 141
ORKAMBI 241
ORLADEYO 159
orlistat 15

Ormalvi 137
orphenadrine citrate 216
orphenadrine citrate er 216
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE 217
orphengesic forte 217
ORSERDU 90
ORTHOVISC 218
oseltamivir phosphate 103
osmitrol 138
OSMOLEX ER 92
OSPHENA 145
OTEZLA 21
OTOVEL 229
OVIDE 134
OVIDREL 144
oxacillin sodium 233
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE 233
oxaliplatin 69
oxaprozin 20
oxazepam 30
oxcarbazepine 39
oxcarbazepine er 39
OXERVATE 225
oxiconazole nitrate 132
OXISTAT 132
OXLUMO 154
oxybutynin chloride 247
oxybutynin chloride er 247
oxycodone hcl 25, 26
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ...26
oxycodone-acetaminophen 26
oxymorphone hcl 26
oxymorphone hcl er 26
oxytocin 230
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 48
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 48
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 48
OZURDEX 227
pacerone 31
paclitaxel 88
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART 88
PADCEV 74
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) .. 16
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) .. 16
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) 16
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ...16
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) .. 16
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) .. 17
PALFORZIA INITIAL ESCALATION 17
PALINGEN FLOW 135
PALINGEN HYDROMEMBRANE 135
PALINGEN INOVOFLO 135
PALINGEN MEMBRANE 135
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE 135
PALINGEN XPLUS MEMBRANE 135
paliperidone er 95
PALONOSETRON HCL 52
palonosetron hcl 52
PALYNZIQ 145
PAMELOR 44, 45
pamidronate disodium 139
PAMIDRONATE DISODIUM 139
PANCREAZE 137
PANHEMATIN 159
PANRETIN 127
pantoprazole sodium 246
pantoprazole sodium-nacl 246
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER 183
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER 118
paraplatin 69
paricalcitol 142
PARLODEL 92
PARNATE 42
paroxetine hcl 43
paroxetine hcl er 43
paroxetine mesylate 241
PARSABIV 139
PAVBLU 229
PAXIL 43
PAXLOVID (150/100) 101
PAXLOVID (300/100) 102
pazopanib hcl 80
PC UNIFINE PENTIPS 192
PEDIAPRED 122
PEDIARIX 244
PEDMARK 89
PEDVAX HIB 248
peg 3350 168
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 168
peg-3350/electrolytes 168
peg-3350/electrolytes/ascorbat 168
PEGASYS 103
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 168
PEG-PREP 168
PEMAZYRE 78
pemetrexed 71
pemetrexed dipotassium 71
pemetrexed disodium 71
pemetrexed ditromethamine 71
PEMFEXY 71
PEMGARDA 230
PEMRYDI RTU 71
pen needle/5-bevel tip 192
PEN NEEDLES 192
PEN NEEDLES 5/16" 192
PENBRAYA 248
penciclovir 128
penicillamine 200
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 232
penicillin g potassium 232
penicillin g sodium 232
penicillin v potassium 232
PENTACEL 244
PENTAM 64
pentamidine isethionate 64
PENTASA 151
pentazocine-naloxone hcl 27
PENTIPS 192
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES .192
pentobarbital sodium 166
pentoxifylline er 159
PEPCID 245
PERFECT LANCETS 28G 183
PERFECT LANCETS 30G 183
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 183
PERFOROMIST 33
PERIDEX 205
PERIKABIVEN 221
perindopril erbumine 61
periogard 205
PERJETA 74
permethrin 134
perphenazine 97
perphenazine-amitriptyline 237
PERSERIS 95
PERTZYE 137
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y 250
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y 250
pfizerpen 232
PHARMACIST CHOICE LANCETS . 183
PHARMACY COUNTER LANCETS 183
PHEBURANE 146
phendimetrazine tartrate 14
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER 14
phenelzine sulfate 42
PHENERGAN 56
phenobarbital 166
phenobarbital sodium 166
phenoxybenzamine hcl 61
phentermine hcl 14
phentolamine mesylate 61
phenylephrine hcl 222
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) 253
phenylephrine hcl (pressors) 253
PHENYTEK 41
phenytoin 41
phenytoin infatabs 41
phenytoin sodium 41
phenytoin sodium extended 41
PHESGO 83
PHEXXI 252
philith 117
phillips milk of magnesia 169
phospha 250 neutral 198
PHOSPHOLINE IODIDE 222
phosphorous 198
phospho-trin 250 neutral 198
phospho-trin k500 198

PHOTOFRIN 84
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT 226
PHOXILLUM B22K4/0 200
PHOXILLUM BK4/2.5 200
physiolyte 202
physiosol irrigation 202
phytonadione 253
PIASKY 158
PIFELTRO 101
pilocarpine hcl 206, 223
pimecrolimus 133
pimozide 238
pimtrea 114
pindolol 105
pioglitazone hcl 50
pioglitazone hcl-glimepiride 50
pioglitazone hcl-metformin hcl 50
PIP LANCETS 28G 183
PIP LANCETS 30G 183
pip pen needles 31g x 5mm 192
pip pen needles 32g x 4mm 193
piperacillin sod-tazobactam so 233
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 89
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 89
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 89
pirfenidone 242
pirmella 7/7/7 120
piroxicam 21
PITOCIN 230
PLASMA-LYTE A 198
PLEGRIDY 236
PLEGRIDY STARTER PACK 236
plenamine 221
plerixafor 162
PLUVICTO 83
PNEUMOVAX 23 248
pnv prenatal plus multivit+dha 213
PNV TABS 20-1 213
pnv-dha 215
PNV-DHA+DOCUSATE 215
PNV-OMEGA 213
pnv-select 213
podofilox 132
POLIVY 73
polocaine 171
polocaine-mpf 171
polycin 224
polyethylene glycol 3350 168
polymyxin b sulfate 67
polymyxin b-trimethoprim 224
POLY-TUSSIN AC 124
POLY-VI-FLOR 211
POLY-VI-FLOR/IRON 210
POMALYST 78
POMBILITI 141
PONVORY 240
PONVORY STARTER PACK 240
portia-28 117
PORTRAZZA 77
posaconazole 55
POSFREA 53
POSIMIR 171
POTASSIUM ACETATE 199
POTASSIUM CHLORIDE 199
potassium chloride 199
potassium chloride crys er 199
potassium chloride er 199
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL 198
potassium chloride in nacl 198
potassium citrate er 154
potassium cl in dextrose 5% 197
POTASSIUM PHOSPHATES 198
potassium phosphates 198
potassium phosphates(66 meq k) 198
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) 198
POTELIGEO 72
pramipexole dihydrochloride 93
pramipexole dihydrochloride er 93
PRAMOSONE 134
PRAMOTIC 229
prasugrel hcl 161
pravastatin sodium 58
PRAXBIND 51
praziquantel 29
prazosin hcl 63
PRECEDEX 167
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 193
PRED MILD 227
prednisolone 122
prednisolone acetate 227
prednisolone sodium phosphate 122
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 227
prednisone 122
PREDNISONE INTENSOL 122
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 193
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED 183
PREFERRED PLUS LANCETS THIN 183
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 193
pregabalin 39
pregabalin er 238
PREGEN DHA 215
PREGENNA 213
PREGNYL 144
PREMARIN 148, 252
PREMASOL 221
PREMESISRX 215
PREMPHASE 148
PREMPRO 148
prena 1 true 215
prena1 215
PRENA1 PEARL 213
PRENAISSANCE 215
PRENAISSANCE PLUS 215
PRENATAL 213
PRENATAL (W/IRON & FA) 213
PRENATAL 19 213
prenatal 19 213
PRENATAL COMPLETE 213
PRENATAL FORTE 213
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 215
PRENATAL ONE DAILY 213
PRENATAL PLUS 213
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 213
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL 213
prenatal vitamins 213
PRENATAL VITAMINS 213
PRENATAL/IRON 213
PRENATAL-U 213
PRENATE 215
PRENATE AM 215
PRENATE DHA 215
PRENATE ELITE 213
PRENATE ENHANCE 215
PRENATE ESSENTIAL 215
PRENATE MINI 215
PRENATE PIXIE 215
PRENATE RESTORE 215
PRENATRIX 213
PRENATRYL 213
PREPIDIL 230
PRESTALIA 59
PRETOMANID 69
prevalite 57
PREVDUO 50
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 193
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 193
PREVNAR 20 248
PREVYMIS 102
PREZISTA 100
PRIFTIN 69
PRIMACARE 213
PRIMAQUINE PHOSPHATE 68
PRIMAXIN IV 65
primidone 39
PRIORIX 249
PRISMASOL B22GK 4/0 201
PRISMASOL BGK 0/2.5 201
PRISMASOL BGK 2/0 201
PRISMASOL BGK 2/3.5 201
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 201
PRISMASOL BGK 4/2.5 201
PRISMASOL BK 0/0/1.2 201
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 193
PRO COMFORT LANCETS 30G 183
PRO COMFORT LANCETS 31G 183
PRO COMFORT PEN NEEDLES 193
pro comfort safety lancets 30g 183
PROAIR RESPICLICK 33
probenecid 155
procainamide hcl 31
PROCARDIA XL 108
procentra 14
prochlorperazine 97
prochlorperazine edisylate 97
prochlorperazine maleate 97
PROCRIT 162
PROCTOCORT 28

PROCTOFOAM HC 28
procto-med hc 28
proctosol hc 28
proctozone-hc 29
PROCYSBI 154
PRODIGY INSULIN SYRINGE 193
PRODIGY LANCETS 28G 183
PRODIGY LANCING DEVICE 183
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G 183
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G 183
PROFILNINE 157
progesterone 233
PROGLYCEM 46
PROGRAF 203
PROLASTIN-C 241
PROLEUKIN 84
PROLIA 145
PROMACTA 164
promethazine hcl 56
promethazine vc 123
promethazine-codeine 124
promethazine-dm 124
promethazine-phenylephrine 123
promethegan 56
propafenone hcl 31
propafenone hcl er 31
proparacaine hcl 225
PROPECIA 136
PROPEL 219
PROPEL MINI 218
PROPEL MINI SDS 219
propofol 153
propranolol hcl 105
propranolol hcl er 105
propylthiouracil 243
PROQUAD 249
PRO-RED AC 124
PROSCAR 153
PROSOL 221
PROSTIN VR 204
protamine sulfate 160
PROTONIX 246
PROTOPAM CHLORIDE 51
protriptyline hcl 45
PROVAYBLUE 51
PROVERA 233
PROVIDA OB 213
PROVISC 228
pseudoeph-bromphen-dm 124
PULMICORT FLEXHALER 35
Pulmosal 123
PULMOZYME 242
PURE COMFORT LANCETS 30G 183
PURE COMFORT PEN NEEDLE 193
pure comfort safety pen needle 193
PURIXAN 71
px advanced lancing device 183
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 193
PX INSULIN SYRINGE 193
PX LANCETS MICROTHIN 33G 183
PX LANCETS ULTRA THIN 28G 183
PX MINI PEN NEEDLES 193
PX PEN NEEDLE 193
PYLERA 246
pyrazinamide 69
pyridostigmine bromide 68
pyridostigmine bromide er 68
pyrimethamine 68
PYRUKYND 160
PYRUKYND TAPER PACK 160
QBRELIS 61
QBREXZA 133
qc advanced lancing device 183
qc aspirin low dose 23
qc b50 prolonged release 208
qc b-complex/vitamin c 206
qc childrens aspirin 23
qc daily multivitamins/iron 209
qc essentials 210
qc folic acid 163
qc gentle laxative 170
qc gentle laxative womens 170
QC LANCETS SUPER THIN 30G 183
QC LANCETS ULTRA THIN 184
qc laxative 170
qc magnesium citrate 169
qc milk of magnesia 169
qc natura-lax 168
qc nicotine transdermal system 240
QC PEN NEEDLES 193
QC PRENATAL 213
QC UNIFINE PENTIPS 193
QC UNILET LANCETS 28G 184
QC UNILET LANCETS MICRO THIN 184
QDOLO 26
QINLOCK 80
QUADRACEL 244
QUALAQUIN 68
quazepam 166
QUDEXY XR 39
QUELICIN 219
QUESTRAN 57
QUESTRAN LIGHT 57
quetiapine fumarate 96
quetiapine fumarate er 96
QUFLORA FE 209
QUFLORA FE PEDIATRIC 211
QUFLORA PEDIATRIC 211
quin b strong b-25 208
quinapril hcl 61
quinapril-hydrochlorothiazide 60
quinidine gluconate er 31
quinidine sulfate 31
quinine sulfate 68
QUINTABS 210
QULIPTA 195
QUVIVIQ 167
QUZYTTIR 56
QVAR REDIHALER 35
ra aspirin adult low dose 23
ra aspirin adult low strength 23
ra aspirin childrens 23
ra aspirin ec 23
ra aspirin ec adult low st 23
ra balanced b-100 208
ra balanced b-100 cr 208
ra balanced b-50 208
ra balanced b-50 tr 208
ra b-complex 206
ra b-complex with b-12 206
RA E-ZJECT LANCETS 28G 184
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G 184
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G 184
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN 184
ra folic acid 163
RA INSULIN SYRINGE 193
ra laxative 168, 170
ra magnesium citrate 169
ra milk of magnesia 169
ra mini nicotine 240
ra nicotine 240
ra nicotine gum 240
ra nicotine polacrilex 240
RA PEN NEEDLES 193
RA PRENATAL 214
RA PRENATAL FORMULA 214
ra womens laxative 170
RABAVERT 250
rabeprazole sodium 246
RADICAVA ORS 219
RADICAVA ORS STARTER KIT 219
RADIOGARDASE 51
RAGWITEK 17
raloxifene hcl 145
ramelteon 167
ramipril 61
ranolazine er 29
RAPAMUNE 203
RAPIVAB 103
rasagiline mesylate 92
RASUVO 18
RAVICTI 146
raya sure pen needle 193
RAYALDEE 142
react 118
READYLANCE SAFETY LANCETS 184
REALITY INSULIN SYRINGE 193
REALITY LANCETS 184
REALITY LATEX CONDOMS 174
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED 174
REALITY LATEX/ULTRA THIN 174
REALITY TRIGGER LANCETS 184
REBIF 236
REBIF REBIDOSE 236
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 236
REBIF TITRATION PACK 236
REBINYN 157
REBLOZYL 162
REBYOTA 152
RECARBRIO 65
RECLAST 139
reclipsen 117
RECOMBINATE 157
RECOMBIVAX HB 250

RECOTHROM 165
RECOTHROM SPRAY KIT 165
RECTIV 28
REGLAN 150
REGONOL 68
REGRANEX 136
RELENZA DISKHALER 104
RELION INSULIN SYRINGE 193
RELION LANCET DEVICES 30G 184
RELION LANCETS 184
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G 184
RELION LANCETS THIN 26G 184
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G 184
RELION LANCING DEVICE 184
RELION MINI PEN NEEDLES 193
RELION PEN NEEDLES 193
RELION SHORT PEN NEEDLES 193
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G 184
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS 184
RELISTOR 152
RELNATE DHA 214
REMERON 42
REMERON SOLTAB 42
REMESENSE 174
REMICADE 152
remifentanil hcl 26
REMODULIN 110
RENACIDIN 154
renal vitamin 207
rena-vite 207
RENOVA 125
RENOVA PUMP 125
repaglinide 48
REPATHA 59
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 59
REPATHA SURECLICK 59
RESTASIS 225
RESTASIS MULTIDOSE 225
RESTORIL 166
RETACRIT 162
RETEVMO 81
RETIN-A MICRO 125
RETIN-A MICRO PUMP 125
RETISERT 227
RETROVIR 101
REVCOVI 139
REVLIMID 202
revonto 217
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G 184
REXTOVY 52
REXULTI 98
REYATAZ 100
REZDIFFRA 150
REZIPRES 253
REZLIDHIA 86
REZUROCK 204
REZZAYO 54
RHOFADE 134
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 231
RHOPHYLAC 231
RHOPRESSA 226
RIABNI 73
RIASTAP 157
ribavirin 103, 104
RIDAURA 19
rifabutin 69
RIFADIN 69
rifampin 69
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT 184
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE 184
RIGHTEST GL300 LANCETS 184
riluzole 219
rimantadine hcl 103
RIMSO-50 154
ringers 198
ringers irrigation 202
RINVOQ 18
RINVOQ LQ 17
RIOMET 45
risanoid plus 216
risedronate sodium 139
risperidone 95
risperidone microspheres er 95
ritonavir 100
RITUXAN 73
RITUXAN HYCELA 83
rivastigmine 234
rivastigmine tartrate 234
rivelsa 119
RIVFLOZA 154, 155
RIXUBIS 157
rizatriptan benzoate 196
ROBAXIN 216
ROBINUL 246
ROBINUL-FORTE 246
ROCKLATAN 225
rocuronium bromide 220
roflumilast 34
ROLVEDON 163
romidepsin 78
ropinirole hcl 93
ropinirole hcl er 93
ropivacaine hcl 171
rosuvastatin calcium 58
ROTARIX 250
ROTATEQ 250
ROWASA 151
roweepra 39
ROXICODONE 26
ROXYBOND 26
ROZLYTREK 81
RUBRACA 90
RUCONEST 158
rufinamide 39
RUKOBIA 100
RUXIENCE 73
RYANODEX 217
RYBELSUS 48
RYBREVANT 81
RYDAPT 80
RYDEX 124
RYLAZE 83
RYPLAZIM 160
RYSTIGGO 203
RYTARY 93
RYTELO 89
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT 184
SAFETY LANCETS 184
SAFETY LANCETS 21G 184
SAFETY LANCETS 23G 184
SAFETY LANCETS 28G 184
safety pen needles 193
sajazir 158
SALAGEN 206
saline flush 199
SANCUSO 53
SANDOSTATIN 146
SANDOSTATIN LAR DEPOT 146
SANTYL 131
SAPHNELO 204
sapropterin dihydrochloride 145
saps health plus lancets 184
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS 184
SAPS TWIST TOP LANCETS 184
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS 184
SARCLISA 73
SAVELLA 235
SAVELLA TITRATION PACK 235
SAXENDA 14
sb bisacodyl laxative ec 170
sb childrens aspirin 23
sb gentle lax-women 170
SB INSULIN SYRINGE 193
SB LANCETS THIN 184
SB LANCETS ULTRA THIN 184
sb low dose asa ec 23
sb magnesium citrate 169
sb milk of magnesia 169
sb polyethylene glycol 3350 168
SCEMBLIX 75
SCENESSE 133
scopolamine 53
SECUADO 96
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 193
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 193
select-lite device/lancets 184
select-lite lancing device 185
SELECT-OB 214
SELECT-OB+DHA 215
selegiline hcl 92
SELENIOUS ACID 200
selenium sulfide 128
SELZENTRY 99
SE-NATAL 19 214
sensorcaine 172
sensorcaine/epinephrine 171
sensorcaine-mpf 172
sensorcaine-mpf/epinephrine 171

SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 171
SEREVENT DISKUS 33
SEROSTIM 141
sertraline hcl 43
setlakin 119
sevelamer carbonate 152
sevelamer hcl 152
SEVENFACT 157
sevoflurane 153
SEZABY 166
sf 205
sf 5000 plus 205
SFROWASA 151
sharobel 120
SHINGRIX 250
SIGNIFOR 146
SIGNIFOR LAR 146
SIKLOS 162
sildenafil citrate 111, 112
silodosin 153
SILVADENE 129
silver sulfadiazine 129
SIMBRINZA 221
simliya 114
simpesse 119
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV 185
SIMPONI ARIA 19
SIMULECT 203
simvastatin 58
SINEMET 93
SINGLE-LET 185
sirolimus 203
SIRTURO 69
SIVEXTRO 67
SKYCLARYS 219
SKYLA 119
SKYRIZI 127, 151
SKYRIZI PEN 127
SKYTROFA 141
SLYND 120
sm aspirin adult low strength 23
sm aspirin ec low strength 23
sm aspirin low dose 23
sm b super vitamin complex 207
sm b100 complex 208
sm balanced b-100 207
sm balanced b-50 207
sm b-complex 208
SM B-COMPLEX/VITAMIN C 207
sm clearlax 169
sm folic acid 163
sm gentle laxative 170
SM LANCETS 33G 185
sm milk of magnesia 170
sm multiple vitamins essential 210
sm multiple vitamins/iron 209
sm nicotine 240
sm nicotine polacrilex 240
SM ONE DAILY PRENATAL 214
SM PRENATAL VITAMINS 214
sm super b complex/c 207
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE 185
sm vitamin b complex/vitamin c 207
SMART DIABETES VANTAGE LANCING 185
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G 185
SMART SENSE STANDARD LANCETS 185
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS 185
SMART SENSE THIN LANCETS 26G 185
SMARTEST LANCETS 28G 185
SMOFLIPID 221
smooth lax 169
sod benz-sod phenylacet 146
SODIUM ACETATE 196
sodium acetate 197
sodium bicarbonate 197
sodium chloride 123, 154, 199
sodium chloride (pf) 199
sodium fluoride 198, 205, 206
sodium fluoride 5000 enamel 205
sodium fluoride 5000 plus 205
sodium fluoride 5000 ppm 205
sodium fluoride 5000 sensitive 205
SODIUM IODIDE I-131 243
SODIUM NITRITE 51
sodium nitroprusside 64
sodium oxybate 234
sodium phenylbutyrate 146
sodium phosphates 198
sodium polystyrene sulfonate 204
sodium tetradecyl sulfate 204
SODIUM THIOSULFATE 51
SOHONOS 217
SOLESTA 201
solifenacin succinate 247
SOLIQUA 48
SOLIRIS 158
SOLOSEC 17
SOLTAMOX 70
SOLU-CORTEF 122
SOLU-MEDROL 122
SOLU-MEDROL (PF) 122
SOLUS V2 LANCETS 28G 185
SOLUS V2 LANCING DEVICE 185
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G 185
SOMATULINE DEPOT 146
SOMAVERT 141
SOOLANTRA 134
sorafenib tosylate 80
SORBITOL 154
SORBITOL-MANNITOL 154
SOTALOL HCL 105
sotalol hcl 105
sotalol hcl (af) 105
SOTRADECOL 204
sotradecol 204
SOTYLIZE 106
SPEVIGO 127
SPIKEVAX 251
spinosad 134
SPIRIVA HANDIHALER 33
SPIRIVA RESPIMAT 33
spironolactone 138
spironolactone-hctz 137
SPORANOX 55
SPRAVATO (56 MG DOSE) 42
SPRAVATO (84 MG DOSE) 42
sprintec 28 117
SPRITAM 39
sps (sodium polystyrene sulf) 204
sronyx 117
ssd 129
st joseph aspirin 23
st joseph low dose 23
STAMARIL 251
STELARA 128, 151
STERILANCE TL 185
sterile water for irrigation 202
STIOLTO RESPIMAT 32
STIVARGA 80
STRAVIX 135
STRENSIQ 142
streptomycin sulfate 17
stress b complex/iron 209
stress formula 210
stress formula (folic acid) 207
stress formula/iron 209
stress formula/zinc/energy 210
stresstabs energy 210
STRIBILD 99
STRIVERDI RESPIMAT 33
STROMECTOL 29
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 83
SUBLOCADE 27
subvenite 40
subvenite starter kit-blue 40
subvenite starter kit-green 40
subvenite starter kit-orange 40
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE 219
SUCRAID 137
sucralfate 245
SUFENTANIL CITRATE 26
SULAR 108
sulconazole nitrate 132
sulfacetamide sodium 227
sulfacetamide sodium (acne) 124
sulfacetamide-prednisolone 226
sulfadiazine 242
sulfamethoxazole-trimethoprim 64
SULFAMYLON 129
sulfasalazine 151
sulfatrim pediatric 64
sulindac 21
sumatriptan 196
sumatriptan succinate 196
sumatriptan succinate refill 196
sunitinib malate 80
SUNLENCA 99
SUNOSI 14
SUPARTZ FX 218
super b complex/fa/vit c 207
super b complex/vitamin c 207

super b-complex 208
super b-complex + vitamin c 207
super b-complex/vit c/fa 207
super dec b-100 208
super quints b-50 208
SUPER THIN LANCETS 185
SUPPRELIN LA 143
SUPRANE 153
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 193
SURE COMFORT LANCETS 18G 185
SURE COMFORT LANCETS 21G 185
SURE COMFORT LANCETS 23G 185
SURE COMFORT LANCETS 28G 185
SURE COMFORT LANCETS 30G 185
sure comfort lancing pen 185
SURE COMFORT PEN NEEDLES 193
sure comfort pen needles 193
surebiotic probiotic support 50
SURELITE LANCETS 185
SURGICEL FIBRILLAR 165
SURGICEL NU-KNIT 165
SURGICEL SNOW 1"X2" 165
SURGICEL SNOW 2"X4" 165
SURGICEL SNOW 4"X4" 165
SUSTOL 53
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) 229
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) 229
SUTENT 80
syeda 117
SYFOVRE 224
SYLVANT 202
SYMBYAX 241
SYMDEKO 241
SYMLINPEN 120 45
SYMLINPEN 60 45
SYMPAZAN 37
SYMPROIC 152
SYMTUZA 99
SYNAGIS 230
SYNAREL 143
SYNDROS 53
SYNJARDY 49
SYNJARDY XR 49
SYNOJOYNT 218
SYNVISC 218
SYNVISC ONE 218
SYRINGE AVITENE 165
tab-a-vite 210
tab-a-vite/beta carotene 210
tab-a-vite/iron 209
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 209
TABLOID 71
TABRECTA 79
TACHOSIL 165
TACLONEX 136
tacrolimus 133, 203
tadalafil 112
tadalafil (pah) 111
TADLIQ 111
TAFINLAR 76
tafluprost (pf) 228
TAGRISSO 77
take action 118
TAKHZYRO 159
TALICIA 247
TALVEY 76
TALZENNA 90
TAMIFLU 104
tamoxifen citrate 70
tamsulosin hcl 153
taperdex 12-day 122
taperdex 6-day 122
taperdex 7-day 122
TARGRETIN 136
tarina 24 fe 117
tarina fe 1/20 eq 117
TARON-C DHA 214
TARPEYO 122
TASIGNA 75
tasimelteon 167
TASMAR 93
tavaborole 133
TAVALISSE 161
TAVNEOS 158
taysofy 117
tazarotene 128
tazicef 114
TAZICEF 114
TAZORAC 128
TAZVERIK 79
TDVAX 244
TECENTRIQ 74
TECENTRIQ HYBREZA 83
TECHLITE AST LANCETS 185
TECHLITE INSULIN SYRINGE 193
TECHLITE LANCETS 185
TECHLITE LANCETS 26G 185
TECHLITE PEN NEEDLES 194
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 194
TECVAYLI 76
TEFLARO 114
TEGLUTIK 219
telmisartan 62
telmisartan-amlodipine 61
telmisartan-hctz 62
temazepam 166
TEMBEXA 103
TEMODAR 86
temozolomide 86
temsirolimus 79
tencon 21
TENIVAC 244
tenofovir disoproxil fumarate 101
TENORETIC 100 63
TENORETIC 50 63
TEPADINA 69
TEPEZZA 142
TEPMETKO 79
terazosin hcl 63
terbinafine hcl 55
terbutaline sulfate 33
terconazole 251
teriflunomide 235
teriparatide 145
TERIPARATIDE 145
TERLIVAZ 147
terrell 153
TESTOPEL 28
testosterone 28
testosterone cypionate 28
testosterone enanthate 28
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD 244
tetrabenazine 235
tetracaine hcl 225
tetracycline hcl 243
TEVIMBRA 74
TEZSPIRE 35
TGT LANCET MICRO THIN 33G 185
TGT LANCET THIN 26G 185
TGT LANCET ULTRA THIN 30G 185
tgt lancing device 185
THALITONE 138
THALOMID 200
THAM 197
THE LIQUILIFT TRACE 199
THEO-24 35
theophylline 35
theophylline er 35
THERA 210
thera-tabs 210
THEREMS 210
thiamine hcl 253
thioridazine hcl 97
thiotepa 69
thiothixene 98
thrive 240
THRIVITE RX 214
THROMBATE III 160
THROMBI-GEL 10 164
THROMBI-GEL 100 164
THROMBI-GEL 40 164
THROMBIN-JMI 165
THROMBIN-JMI EPISTAXIS 165
THROMBI-PAD 164
THROMBOGEN 166
THYMOGLOBULIN 201
THYQUIDITY 244
tiadylt er 108
tiagabine hcl 40
TIAZAC 108
TIBSOVO 86
TICE BCG 84
TICOVAC 251
TIGAN 53
TIGECYCLINE 242
tilia fe 120
timolol maleate 106, 222
timolol maleate (once-daily) 222
timolol maleate ocudose 222
timolol maleate pf 222
TIMOPTIC OCUDOSE 222
tinidazole 64
tiopronin 155
tirofiban hcl in nacl 159
TIROSINT-SOL 244
TISSEEL 164

TISSUEBLUE 228
tis-u-sol 202
TIVDAK 75
TIVICAY 100
TIVICAY PD 100
tizanidine hcl 217
tm-daily vite 210
TNKASE 161
TOBI PODHALER 17
TOBRADEX 226
tobramycin 17, 223
tobramycin sulfate 17
tobramycin-dexamethasone 226
TOBREX 223
TODAY SPONGE 251
todays health lancing device 185
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 194
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 194
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G 185
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G 185
TOLAK 127
tolcapone 93
tolmetin sodium 21
TOLSURA 55
tolterodine tartrate 247
tolterodine tartrate er 247
tolvaptan 145
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 194
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G 185
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 194
topiramate 40
topiramate er 40
TOPOTECAN HCL 90
topotecan hcl 91
toremifene citrate 70
TORISEL 80
Torpenz 80
torsemide 138
TOTALVISC 228
TOUJEO MAX SOLOSTAR 47
TOUJEO SOLOSTAR 47
tovet 131
TPN ELECTROLYTES 198
TPOXX 103
TRACLEER 111
TRALEMENT 200
TRAMADOL HCL 26
tramadol hcl 26
tramadol hcl (er biphasic) 26
tramadol hcl er 26
tramadol-acetaminophen 27
trandolapril 61
trandolapril-verapamil hcl er 59
tranexamic acid 165
TRANEXAMIC ACID-NACL 165
tranylcypromine sulfate 42
TRAVASOL 221
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G 185
travoprost (bak free) 228
TRAZIMERA 74
trazodone hcl 43
TREANDA 69
TRECATOR 69
TRELEGY ELLIPTA 32
TRELSTAR MIXJECT 87
TREMFYA 128
treprostinil 110
TRESIBA 47
TRESIBA FLEXTOUCH 47
tretinoin 90, 125
tretinoin microsphere 125
tretinoin microsphere pump 125
TRETTEN 157
TREXALL 71
trezix 23
triamcinolone acetonide 131, 206
triamcinolone in absorbase 131
triamterene 138
triamterene-hctz 137
triazolam 167
TRICARE 214
TRICOR 58
Tridacaine Ii 133
Tridacaine Iii 133
triderm 131
trientine hcl 200
TRIESENCE 227
tri-estarylla 120
trifluoperazine hcl 97
trifluridine 224
trihexyphenidyl hcl 92
TRIJARDY XR 48
TRIKAFTA 241
tri-legest fe 120
tri-linyah 120
tri-lo-estarylla 120
tri-lo-marzia 120
tri-lo-mili 120
tri-lo-sprintec 120
TRI-LUMA 131
TRILURON 218
trimethobenzamide hcl 53
TRIMETHOPRIM 64
tri-mili 120
trimipramine maleate 45
TRINATAL RX 1 214
trinate 214
TRINTELLIX 43
TRIPTODUR 143
TRISENOX 84
tri-sprintec 121
TRISTART DHA 215
TRIUMEQ 99
TRIUMEQ PD 99
TRI-VI-FLOR 211
TRI-VI-FLORO 211
tri-vite/fluoride 211
trivora (28) 121
tri-vylibra 121
tri-vylibra lo 121
TRODELVY 90
TROGARZO 99
TROJAN ENZ 174
TROJAN MAGNUM 174
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED 174
TROJAN ULTRA THIN 174
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL 174
TROJAN-ENZ LUBRICATED 174
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL 174
TROPHAMINE 221
tropicamide 222
trospium chloride 247
trospium chloride er 247
true comfort insulin syringe 194
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 194
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 194
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 194
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 194
true comfort safety lancets 186
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS 186
true cover 174
true daily vite 210
true folic acid 163
true laxative 169
true multivitamin 210
TRUEDRAW LANCING DEVICE 186
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 194
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 194
TRUEPLUS LANCETS 26G 186
TRUEPLUS LANCETS 28G 186
TRUEPLUS LANCETS 30G 186
TRUEPLUS LANCETS 33G 186
TRUEPLUS PEN NEEDLES 194
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G 186
TRULANCE 149
TRULICITY 48
TRUMENBA 248
TRUQAP 71, 72
TRUSKIN 135
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE 174
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED 174
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST 174
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL 174
TRUSTEX LUBRICATED 174
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE 174
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST 174
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE 174
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE 174

TRUSTEX NON-LUBRICATED.....174
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE.. 174
TRUSTEX RIA LUBRICATED.....174
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED 174
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD.....174
TRUXIMA..... 73
TUKYSA.....74
TURALIO..... 80
TURPENTINE..... 132
Turqoz..... 117
TUSNEL C.....123
TUXARIN ER.....124
TWINRIX.....249
TWIRLA..... 118
twist top lancets 30g.....186
TYBOST..... 101
tydemy..... 117
TYGACIL..... 242
TYPHIM VI..... 248
TYSABRI.....237
TYVASO.....111
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT110
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT 110
TYVASO DPI TITRATION KIT..... 110
TYVASO REFILL KIT.....111
TYVASO STARTER KIT..... 111
TZIELD.....45
UBRELVY..... 195
UCERIS.....122
UDENYCA..... 163
UDENYCA ONBODY..... 163
ULTANE.....153
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 194
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT 194
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....194
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES.194
ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....194
ULTICARE PEN NEEDLES.....194
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES.194
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE..... 194
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE.....194
ULTI-LANCE AUTOMATIC..... 186
ULTILET CLASSIC LANCETS..... 186
ULTILET LANCETS.....186
ULTILET PEN NEEDLE..... 194
ULTILET SAFETY LANCETS..... 186
ULTILET SAFETY LANCETS 23G...186
ULTIVA..... 26
ULTOMIRIS..... 158
ultra b-100 complex.....216
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....194
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES..... 194
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT..... 194
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....194
ULTRA THIN LANCETS 31G..... 186
ULTRA THIN PEN NEEDLES.....194
ULTRACARE INSULIN SYRINGE...194
ULTRA-CARE LANCETS 30G.....186
ULTRACARE PEN NEEDLES.....194
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM..... 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM..... 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM..... 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM..... 166
ULTRA-THIN II AUTO LANCET..... 186
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT....195
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE..... 195
ULTRA-THIN II LANCETS..... 186
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE..... 195
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT.....195
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES.....195
UNASYN..... 233
UNIFINE PENTIPS..... 195
UNIFINE PENTIPS PLUS..... 195
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.. 195
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... 195
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....195
UNILET COMFORTOUCH LANCET..... 186
UNILET EXCELITE..... 186
UNILET EXCELITE II.....186
UNILET G.P. LANCET.....186
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET.186
UNILET GP 28 ULTRA THIN.....186
UNILET LANCET.....186
UNILET MICRO-THIN 33G.....186
UNILET SUPERLITE LANCET.....186
UNILET SUPER-THIN 30G..... 186
UNILET ULTRA-THIN 28G..... 186
UNISTIK 1.....186
UNISTIK 2.....186
UNISTIK 2 COMFORT.....186
UNISTIK 2 EXTRA.....186
UNISTIK 2 NEONATAL..... 186
UNISTIK 2 NORMAL.....186
UNISTIK 2 SUPER.....187
UNISTIK 3.....187
UNISTIK 3 COMFORT.....187
UNISTIK 3 EXTRA.....187
UNISTIK 3 GENTLE..... 187
UNISTIK 3 NEONATAL..... 187
UNISTIK 3 NORMAL.....187
UNISTIK CZT COMFORT..... 187
UNISTIK CZT NORMAL..... 187
UNISTIK NORMAL.....187
UNISTIK PRO SAFETY LANCET.... 187
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G... 187
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G... 187
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G..... 187
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G..... 187
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G..... 187
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G..... 187
unithroid..... 244
UNITUXIN..... 74
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G..... 187
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G..... 187
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN..... 187
UPLIZNA.....203
UPNEEQ..... 228
UPTRAVI.....111
UPTRAVI TITRATION..... 111
UROCIT-K 10.....154
UROCIT-K 15.....154
URSO FORTE.....149
ursodiol..... 149
UVADEX..... 84
VABOMERE.....65
VABYSMO.....223
valacyclovir hcl..... 103
VALCHLOR..... 127
VALCYTE..... 102
valganciclovir hcl.....102
valproate sodium.....41
valproic acid.....41
valrubicin..... 82
valsartan.....62
valsartan-hydrochlorothiazide..... 62
VALSTAR.....83
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE.....195
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G..... 187
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN..... 187
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G 187
value plus lancing device.....187
VANCOCIN.....65
VANCOMYCIN HCL..... 66
vancomycin hcl..... 66
vancomycin hcl in dextrose..... 65
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE 65
VANCOMYCIN HCL IN NACL..... 66
VANDAZOLE..... 251
VANFLYTA..... 81
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 195
VAQTA.....251
vardenafil hcl..... 112
varenicline tartrate..... 240
varenicline tartrate (starter)..... 240
varenicline tartrate(continue)..... 240
VARITHENA.....204
VARIVAX.....251
VARIZIG.....231
VARUBI (180 MG DOSE)..... 54
VASCEPA.....57
VASERETIC..... 60
vasopressin.....147
vasopressin +rfid.....147

vasopressin-sodium chloride 147
VASOSTRICT 147
VAXCHORA 248
VAXELIS 244
VAXNEUVANCE 248
VAZCULEP 253
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 251
VECAMYL 63
VECTIBIX 77
vecuronium bromide 220
VELCADE 81
VELETRI 111
velivet 121
VELPHORO 152
VELTASSA 204
VEMLIDY 102
VENCLEXTA 75
VENCLEXTA STARTING PACK 75
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY 136
venlafaxine hcl 44
venlafaxine hcl er 44
VENOFER 164
VENTAVIS 111
VEOPOZ 158
VEOZAH 144
verapamil hcl 108
verapamil hcl er 108
VEREGEN 125
VERELAN 108, 109
VERELAN PM 109
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 195
VERIFINE INSULIN SYRINGE 195
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 195
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G 187
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G 187
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G 187
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G 187
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G 187
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G 187
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G 187
VERKAZIA 225
VERQUVO 112
VERSACLOZ 96
VERZENIO 85
vestura 117
VFEND 55
VIBATIV 66
VIBERZI 150
VIDAZA 71
vienva 117
vigabatrin 40
vigadrone 40
Vigadrone 40
VIGAFYDE 40
VIGAMOX 223
Vigpoder 40
VIJOICE 203
vilazodone hcl 43
VILTEPSO 219
VIMIZIM 144
VINATE DHA RF 214
vinblastine sulfate 88
vincristine sulfate 88
vinorelbine tartrate 88
VIOKACE 137
viorele 114
VIRACEPT 100
VIRAZOLE 104
VIREAD 101
VISCOAT 227
VISIONBLUE 228
VISTOGARD 51
VISUDYNE 226
vit e-vit c-beta carotene 210
VITAFOL FE+ 215
VITAFOL GUMMIES 214
VITAFOL ULTRA 215
VITAFOL-OB 214
VITAFOL-OB+DHA 215
VITAFOL-ONE 215
vitalee 210
VITALIPID N INFANT 211
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 215
vitamin b complex 206
vitamin b complex w/b-12 206
vitamin d (ergocalciferol) 253
vitamin k1 253
vitamin-b complex 206
VITAPEARL 214
VITATHELY WITH GINGER 214
VITATRUE 215
VITLIPID N ADULT 210
VITLIPID N INFANT 211
VITRAKVI 81, 82
VIVA DHA 214
VIVAGUARD LANCETS 187
VIVAGUARD LANCETS 30G 187
VIVAGUARD LANCING DEVICE 187
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G 187
vivimusta 69
VIVITROL 52
VIVJOA 55
VIVOTIF 248
VIZIMPRO 77
volnea 114
VONJO 86
VONVENDI 157
VORANIGO 86
VORAXAZE 84
voriconazole 55, 56
VOSEVI 103
VOWST 152
VOXZOGO 144
VOYDEYA 158, 159
VP INSULIN SYRINGE 195
VPRIV 161
VRAYLAR 94
VUMERITY 237
VUSION 126
vyfemla 117
VYLEESI 235
vylibra 117
VYLOY 73
VYNDAMAX 112
VYNDAQEL 112
VYONDYS 53 219
VYVGART 203
VYVGART HYTRULO 202
VYXEOS 83
WAINUA 234
WAKIX 15
WALGREENS LANCETS 188
WALGREENS LANCETS MICRO THIN 188
WALGREENS LANCETS SUPER THIN 188
WALGREENS THIN LANCETS 188
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS 188
warfarin sodium 35
water for irrigation, sterile 202
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 195
WEGOVY 14
WELIREG 78
WELLBUTRIN XL 42
wera 117
wesnatal dha complete 214
wes-phos 250 neutral 199
WESTAB PLUS 214
WESTGEL DHA 215
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 175
WILATE 157
WINLEVI 125
WINREVAIR 111
WINRHO SDF 231
wixela inhub 32
womans laxative 170
womens laxative 170
wymzya fe 117
XACDURO 65
XACIATO 251
XADAGO 92
XALKORI 72
XARACOLL 172
XARELTO 36
XARELTO STARTER PACK 36
XATMEP 71
XCOPRI 40
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 40
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 40
XDEMVY 225

XELJANZ ... 18
XELJANZ XR ... 18
XEMBIFY ... 231
XENPOZYME ... 138
XEOMIN ... 220
XERAVA ... 242
XERESE ... 128
XERMELO ... 152
XGEVA ... 145
XHANCE ... 219
XIAFLEX ... 201
XIFAXAN ... 64
XIGDUO XR ... 49
XIIDRA ... 222
XIPERE ... 227
xirun ... 131
XOFIGO ... 83
XOFLUZA (40 MG DOSE) ... 104
XOFLUZA (80 MG DOSE) ... 104
XOLAIR ... 32
XOLREMDI ... 162
XOSPATA ... 81
XPHOZAH ... 140
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ... 82
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ... 82
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ... 82
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ... 82
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ... 82
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ... 82
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ... 82
XTANDI ... 70
xulane ... 118
XULTOPHY ... 48
XURIDEN ... 142
XYLOCAINE ... 172
XYLOCAINE/EPINEPHRINE ... 171
XYLOCAINE-MPF ... 172
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE ... 171
XYNTHA ... 157
XYNTHA SOLOFUSE ... 157
XYOSTED ... 28
XYREM ... 234
XYWAV ... 234
Yargesa ... 161
YCANTH ... 132
YERVOY ... 73
YF-VAX ... 251
yl balanced b-100 ... 208
yl folic acid ... 163
YONDELIS ... 90
YONSA ... 70
YOSPRALA ... 160
YUPELRI ... 33
YUTIQ ... 227
yuvafem ... 252
zafemy ... 118
zafirlukast ... 34
zaleplon ... 167
ZALTRAP ... 91
ZALVIT ... 214
ZANAFLEX ... 217
ZANOSAR ... 89
ZARXIO ... 163
ZEGALOGUE ... 46
ZEJULA ... 90
ZELAPAR ... 93
ZELBORAF ... 76
ZEMAIRA ... 241
ZEMDRI ... 17
ZEMPLAR ... 142
zenatane ... 125
ZENPEP ... 137
zenzedi ... 14
ZEPBOUND ... 14
ZEPOSIA ... 241
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ... 241
ZEPOSIA STARTER KIT ... 241
ZEPZELCA ... 69
ZERBAXA ... 112
ZESTORETIC ... 60
ZEVALIN Y-90 ... 83
ZEVRX INSULIN SYRINGE ... 195
ZEVRX PEN NEEDLES ... 195
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G 188
zidovudine ... 101
ZIIHERA ... 74
ZILBRYSQ ... 158
ZILRETTA ... 122
ZILXI ... 134
ZIMHI ... 52
zinc chloride ... 200
zinc sulfate ... 200
ZINPLAVA ... 230
ZIOPTAN ... 228
ZIPHEX ... 214
ziprasidone hcl ... 94
ziprasidone mesylate ... 94
ZIRGAN ... 224
ZITHROMAX ... 172
ZITHROMAX TRI-PAK ... 172
ZITHROMAX Z-PAK ... 172
ZOKINVY ... 201
ZOLADEX ... 87
zoledronic acid ... 139
ZOLEDRONIC ACID ... 139
ZOLINZA ... 78
zolmitriptan ... 196
zolpidem tartrate ... 167
zolpidem tartrate er ... 167
zonisamide ... 40
ZONTIVITY ... 160
ZORTRESS ... 203
ZORYVE ... 128
ZOSYN ... 233
zovia 1/35 (28) ... 117
ZOVIRAX ... 128
ZTALMY ... 40
ZTLIDO ... 133
ZUBSOLV ... 27
ZULRESSO ... 42
zumandimine ... 117
ZURZUVAE ... 42
ZYCLARA ... 132
ZYCLARA PUMP ... 132
ZYDELIG ... 89
ZYKADIA ... 72
ZYLET ... 226
ZYNLONTA ... 72
ZYNYZ ... 74
ZYPREXA RELPREVV ... 98
ZYVOX ... 67

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

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

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

Anthem

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

Rev. 3/19

Get help in your language

Curious to know what all this says? We would be too. Here's the English version:
You have the right to get this information and help in your language for free. Call the Member Services number on your ID card for help. (TTY/TDD: 711)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Navajo
Bee ná ahóót'i' t'áá ni nizaad k'ehji níká a'doowołt'áá jiik'e. Naaltsoos bee atah nílínígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áaji' hodíílnih. Naaltsoos bee atah nílínígíí bee néého'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áaji' hodíílnih. (TTY/TDD: 711)

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