Lista Nacional Directa Más de Medicamentos

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de cuatro 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

cuatro 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** 18
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 21
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 23
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 28
***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** 30
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 31
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 32
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 36
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 37
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 42
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 45
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 51
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 51
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 53
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 54
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 56
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 57
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 60
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 65
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 68
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 69
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 69
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 70
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 93
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 95
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS** 100
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 100
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 106
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 107
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 110
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 111
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 114
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 116
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 123
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 124
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 126
DIAGNOSTIC PRODUCTS 138
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 139
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART** 139
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES** 141
***ESTROGENS* - HORMONES** 150
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 151
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH** 151
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 155
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 156
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 157
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD** 158
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 164
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 167
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 169

***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH** 170
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 173
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 174
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT** 175
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 198
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION** 199
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS** 203
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 208
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 209
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 219
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 221
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 222
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 223
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 225
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 233
***OXYTOCICS* - HORMONES** 233
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 234
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 235
***PROGESTINS* - HORMONES** 237
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 237
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 245
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 246
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 246
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 247
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 248
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 248
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 251
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 252
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 255
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 256
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 257

Lista Nacional Directa Más de Medicamentos – Sección Informativa

Definiciones

"$0" al lado de un medicamento significa que este es un medicamento preventivo. Para algunos miembros, este producto puede estar cubierto al 100% con un costo 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.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen el costo compartido más alto y generalmente incluyen medicamentos especializados de marca y genéricos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 4 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.

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

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.

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.

Nivel 4 = Los medicamentos del nivel 4 tienen un costo compartido más alto y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados. Estos pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección.

cuatro niveles

CURRENT AS OF 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (***pitolisant hcl***)	4	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***)	4	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)

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 54 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr	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***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (***peanut powder-dnfp***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 (40 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (***peanut powder-dnfp***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (***tobramycin***)	4	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***)	4	LD; QL (224 capsules per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	4	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (***upadacitinib***)	4	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (***upadacitinib***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (***upadacitinib***)	4	PA; LD; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (***tofacitinib citrate***)	4	PA; LD; QL (10 ML per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (***tofacitinib citrate***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***tofacitinib citrate***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***methotrexate (anti-rheumatic)***)	4	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	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-adbm***)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab-adbm***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-adbm***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adbm***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-adbm***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adbm***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (***adalimumab***)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapys); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (***golimumab***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (***canakinumab***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ec-naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (***apremilast***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (***apremilast***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (***etanercept***)	4	PA; LD; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (***etanercept***)	4	PA; LD; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (***etanercept***)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***etanercept***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caffeine oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
butalbital-aspirin-caffeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
tencon oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SALICYLATES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
aspirin 81 oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin 81 oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
butalbital-asa-caff-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
DIHYDROCODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
trezix oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
HYDROCODONE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
hydrocodone-acetaminophen oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HYDROMORPHONE HCL 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	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPIOID 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***)	4	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***buprenorphine***)	4	LD; QL (1 syringe per 28 days)
buprenorphine hcl injection solution	1 or 1b*	
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***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (***omalizumab***)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (***omalizumab***)	4	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (***omalizumab***)	4	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***omalizumab***)	4	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
BETA ADRENERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	1 or 1b*	QL (360 mL per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5%	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup	1 or 1b*	
albuterol sulfate oral tablet	1 or 1b*	
arformoterol tartrate inhalation nebulization solution	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***benralizumab***)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (***benralizumab***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (***benralizumab***)	4	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weeks); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***mepolizumab***)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weeks); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (***mepolizumab***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weeks); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (***mepolizumab***)	4	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***mepolizumab***)	4	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (***reslizumab***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (***ensifentrine***)	4	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)
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***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tezepelumab-ekko***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline oral elixir	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
theophylline oral solution	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
COUMARIN ANTICOAGULANTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
jantoven oral tablet	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	
DIRECT FACTOR XA INHIBITORS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***apixaban***)	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (***apixaban***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (***apixaban***)	2	QL (74 tablets per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***rivaroxaban***)	2	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (***rivaroxaban***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (***rivaroxaban***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***rivaroxaban***)	2	QL (1 pack per 365 days)
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (***stiripentol***)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (***stiripentol***)	4	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (***stiripentol***)	4	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***)	4	PA; LD; SP
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (***fenfluramine hcl***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	LD; QL (25 mL per 1 day)
vigabatrin (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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***)	4	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (***zuranolone***)	4	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (***zuranolone***)	4	PA; LD; QL (14 capsules 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (***esketamine hcl***)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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	
ANTIDOTES - CHELATING AGENTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
CHEMET ORAL CAPSULE (***succimer***)	3	
deferasirox granules oral packet	4	PA; LD; SP
deferasirox oral packet	4	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet	4	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet soluble	4	PA; LD; SP
deferiprone oral tablet	4	PA; LD
FERRIPROX ORAL SOLUTION (***deferiprone***)	4	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (***deferiprone***)	4	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (***sugammadex sodium***)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***hydroxocobalamin***)	3	
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted	4	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***deferoxamine mesylate***)	4	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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***naltrexone***)	4	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
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
***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***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***inclisiran sodium***)	4	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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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*	

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
chloroquine phosphate 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	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*	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cytarabine injection solution	1 or 1b*	LD; SP
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	3	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***loncastuximab tesirine-lpyl***)	3	PA; LD
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (***ipilimumab***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (***naxitamab-gqgk***)	3	PA; LD
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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 chrysrywn***)	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
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***)	4	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***)	4	LD; SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (***arsenic trioxide***)	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AROMATASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
anastrozole oral tablet	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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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***)	4	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)***)	4	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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***lenvatinib mesylate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (***bevacizumab-awwb***)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (***ziv-aflibercept***)	3	PA; LD; SP
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR PARKINSON**		
NOURIANZ ORAL TABLET (***istradefylline***)	4	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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INBRIJA INHALATION CAPSULE (***levodopa***)	4	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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SINEMET ORAL TABLET (***carbidopa-levodopa***)	3	
NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR PARKINSON**		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***apomorphine hcl***)	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	4	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)
***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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE (***pimavanserin tartrate***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (***pimavanserin tartrate***)	4	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)
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
loxapine succinate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
DIHYDROINDOLONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-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)
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	4	LD; SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	4	LD; SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	4	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (***maribavir***)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (***letermovir***)	4	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET (***letermovir***)	4	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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPATITIS B AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
adefovir dipivoxil oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (***entecavir***)	4	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
entecavir oral tablet	4	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***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (***sofosbuv-velpatasv-voxilaprev***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (***peginterferon alfa-2a***)	4	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon alfa-2a***)	4	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ribavirin oral capsule	4	LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
ribavirin oral tablet	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
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***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	4	PA; LD; SP
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***epoprostenol sodium***)	4	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***treprostinil diolamine***)	4	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (***treprostinil***)	4	PA; LD; SP
treprostinil injection solution	4	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***epoprostenol sodium***)	4	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (***iloprost***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (3 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR - DRUGS FOR THE HEART**		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT (***sotatercept-csrk***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 21 days); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ambrisentan oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
bosentan oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (***macitentan***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (***bosentan***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
alyq oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
sildenafil citrate intravenous solution	4	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
sildenafil citrate oral suspension reconstituted	4	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	4	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
tadalafil (pah) oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION (***tadalafil (pah)***)	4	PA; LD; QL (10 ml per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***selexipag***)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (***selexipag***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (***selexipag***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA
***SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART**		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (***dehydrated alcohol***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (***tafamidis meglumine (cardiac)***)	4	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	
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CEPHALOSPORINS - 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)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
juleber oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*; $0	
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	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***)	4	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	
errin oral tablet	1 or 1b*; $0	
heather oral tablet	1 or 1b*; $0	
incassia 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	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***)	4	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	
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC - DRUGS FOR ALLERGIES**		
benzonatate oral capsule	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
promethazine-dm oral syrup	1 or 1a*	QL (2 fills per 30 days)

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (***neomycin-fluocinolone***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***secukinumab***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	4	LD; SP
methoxsalen rapid oral capsule	1 or 1b*	LD; SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***risankizumab-rzaa***)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***risankizumab-rzaa***)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (***spesolimab-sbzo***)	4	PA; LD; QL (2 vials 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***spesolimab-sbzo***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ustekinumab***)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (***ustekinumab***)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (***ustekinumab***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (***guselkumab***)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (***guselkumab***)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (***guselkumab***)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (***guselkumab***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (***acyclovir***)	3	QL (30 gm per 30 days)
ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (***ruxolitinib phosphate***)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE SKIN**		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***dupilumab***)	4	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***dupilumab***)	4	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)

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
clobetasol propionate external lotion	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external shampoo	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
clobetasol propionate external solution	1 or 1b*	QL (50 mL per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
halobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
hydrocortisone 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)***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***daxibotulinumtoxina-lanm***)	4	PA; LD
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***prabotulinumtoxina-xvfs (cosm)***)	3	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YCANTH EXTERNAL SOLUTION (***cantharidin***)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
LINIMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMELUZ EXTERNAL GEL (***aminolevulinic acid hcl***)	3	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	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	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet)	4	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	PA; LD; QL (6 kits per 30 days)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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***)	4	PA; LD; SP
ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (***elapegademase-lvlr***)	4	PA; LD
ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***velmanase alfa-tycv***)	4	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	4	LD
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	4	LD; SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	4	LD; SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (***zoledronic acid***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	4	PA; LD; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	4	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	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (***etelcalcetide hcl***)	4	PA; LD
CALCITONINS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitonin (salmon) injection solution	4	LD
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (***calcitonin (salmon)***)	4	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***)	4	PA; LD; SP
ACTHAR INJECTION GEL (***corticotropin***)	4	PA; LD; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (***corticotropin***)	4	PA; LD; SP
CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS - HORMONES**		
ISTURISA ORAL TABLET (***osilodrostat phosphate***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FABRY DISEASE - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION (***pegunigalsidase alfa-iwxj***)	4	PA; LD; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***agalsidase beta***)	4	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (***migalastat hcl***)	4	PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)
GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alglucosidase alfa***)	4	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***avalglucosidase alfa-ngpt***)	4	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (***miglustat (gaa deficiency)***)	4	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***cipaglucosidase alfa-atga***)	4	PA; LD; SP
GNRH/LHRH ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cetrorelix acetate subcutaneous kit	4	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (***cetrorelix acetate***)	4	PA; LD; SP
fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH) - DRUGS FOR GROWTH**		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tesamorelin acetate***)	4	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
GROWTH HORMONES - DRUGS FOR GROWTH**		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***somatropin***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (***somatropin***)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (***somatropin***)	4	PA; LD; QL (1 vial 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (***somatropin***)	4	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (***somatropin (non-refrigerated)***)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (***somatropin (non-refrigerated)***)	4	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (***lonapegsomatropin-tcgd***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
***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	4	PA; LD; SP
nitisinone oral capsule 20 mg	4	PA; LD
NITYR ORAL TABLET (***nitisinone***)	4	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE (***nitisinone***)	4	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION (***nitisinone***)	4	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	4	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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	PA; LD
INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R) - DRUGS FOR THYROID**		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***teprotumumab-trbw***)	4	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)
INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS) - HORMONES**		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (***mecasermin***)	4	PA; LD; SP
LEPTIN ANALOGUES - HORMONES**		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***metreleptin***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (***leuprolide acetate***)	4	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 12 weeks); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (6 month)***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (***histrelin acetate***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (***nafarelin acetate***)	4	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***triptorelin pamoate***)	4	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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fosdenopterin hydrobromide***)	4	PA; LD
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (***laronidase***)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (***idursulfase***)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (***elosulfase alfa***)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (***galsulfase***)	4	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (***vestronidase alfa-vjbk***)	4	PA; LD
NATRIURETIC PEPTIDES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***vosoritide***)	4	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	4	PA; LD; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***follitropin alfa***)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***follitropin alfa***)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***follitropin alfa***)	4	PA; LD; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***menotropins***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chorionic gonadotropin***)	4	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***choriogonadotropin alfa***)	4	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chorionic gonadotropin***)	4	PA; LD; SP
OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC - DRUGS FOR WOMEN**		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet)	1 or 1b*	PA
clomiphene citrate oral tablet	1 or 1b*	PA
PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***teriparatide***)	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Packet)	4	PA; LD
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet)	4	PA; LD
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (***pegvaliase-pqpz***)	4	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (***pegvaliase-pqpz***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
sapropterin dihydrochloride oral packet	4	PA; LD; SP
sapropterin dihydrochloride oral tablet	4	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***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
JYNARQUE ORAL TABLET (***tolvaptan***)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (***tolvaptan***)	4	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
SOMATOSTATIC AGENTS - DRUGS FOR GROWTH**		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	4	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***octreotide acetate***)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
octreotide acetate injection solution	4	PA; LD; SP
octreotide acetate intramuscular kit 20 mg	4	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
octreotide acetate intramuscular kit 30 mg	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (***octreotide acetate***)	4	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (***octreotide acetate***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (***octreotide acetate***)	4	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***pasireotide pamoate***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (***pasireotide diaspartate***)	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lanreotide acetate***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PHEBURANE ORAL PELLET (***sodium phenylbutyrate***)	4	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
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***)	4	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML (***burosumab-twza***)	4	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML (***burosumab-twza***)	4	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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*	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG (***odevixibat***)	4	PA; LD; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (***odevixibat***)	4	PA; LD; QL (10 pellets per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (***odevixibat***)	4	PA; LD; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (***odevixibat***)	4	PA; LD; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML (***maralixibat chloride***)	4	PA; LD; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (***maralixibat chloride***)	4	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)
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***)	4	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INTERLEUKIN ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (***risankizumab-rzaa***)	4	PA; LD; QL (30 mL per 365 days); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***risankizumab-rzaa***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab***)	4	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)
***LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH**		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION (***fecal microbiota, live-jslm***)	4	PA; LD; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (***fecal microb spores, live-brpk***)	4	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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
XERMELO ORAL TABLET (***telotristat etiprate***)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab-axxq***)	4	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab***)	4	PA; LD; SP
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANESTHETICS - MISC. - DRUGS FOR SEDATION**		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (***etomidate***)	3	
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (***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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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*	
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***)	4	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***cysteamine bitartrate***)	4	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (***cysteamine bitartrate***)	4	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
FILSPARI ORAL TABLET (***sparsentan***)	4	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***)	4	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***nedosiran sodium***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***nedosiran sodium***)	4	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	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	4	PA; LD
AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA - DRUGS FOR THE BLOOD**		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (***givosiran sodium***)	4	PA; LD
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***emicizumab-kxwh***)	4	PA; LD; SP
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil factor (rahf-pfm)***)	4	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (***antihemophil fact single chain***)	4	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor-vwf***)	4	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix***)	4	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (rfixfc)***)	4	PA; LD; SP
ALTUVIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact fc-vwf-xten-ehtl***)	4	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***prothrombin complex human-lans***)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (***coagulation factor ix (recomb)***)	4	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor x (human)***)	4	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (***factor xiii concentrate human***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact (bdd-rfviiifc)***)	4	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemoph fact rcmb gpeg-exei***)	4	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antiinhibitor coagulant cmplx***)	4	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fibrinogen concentrate (human)***)	4	PA; LD; SP
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	4	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor-vwf***)	4	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (rix-fp)***)	4	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (recomb)***)	4	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ahf (bdd-rfviii peg-aucl)***)	4	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (***prothrombin complex conc human***)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	4	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	4	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (***antihem factor recomb (rfviii)***)	4	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil factor (rahf-pfm)***)	4	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil fact bd truncated***)	4	LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor viia recomb***)	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,sim)***)	4	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact (bdd-rfviii,sim)***)	4	PA; LD; SP
obizur intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***factor ix complex***)	4	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix glycopeg***)	4	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem factor recomb (rfviii)***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fibrinogen concentrate (human)***)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	4	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor viia-jncw***)	4	PA; LD; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor xiii a-sub***)	4	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***von willebrand factor (recomb)***)	4	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (***antihemophilic factor-vwf***)	4	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,mor)***)	4	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,mor)***)	4	PA; LD; SP
ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CABLIVI INJECTION KIT (***caplacizumab-yhdp***)	4	PA; LD
BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
C1 ESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	4	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***c1 esterase inhibitor (human)***)	4	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	4	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	4	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***c1 esterase inhibitor (recomb)***)	4	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
COMPLEMENT C1 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (***sutimlimab-jome***)	4	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (***pegcetacoplan***)	4	PA; LD; QL (200 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PIASKY INJECTION SOLUTION (***crovalimab-akkz***)	4	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (***eculizumab***)	4	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (***ravulizumab-cwvz***)	4	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (***pozelimab-bbfg***)	4	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***zilucoplan sodium***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FABHALTA ORAL CAPSULE (***iptacopan hcl***)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
VOYDEYA ORAL TABLET (***danicopan***)	4	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (***danicopan***)	4	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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMAN PROTEIN C - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***protein c concentrate (human)***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***lanadelumab-flyo***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ecallantide***)	4	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (***berotralstat hcl***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (***plasma human***)	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***plasminogen human-tvmh***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***mitapivat sulfate***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 28 days)
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***)	4	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***)	4	LD
TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alteplase***)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	PA; LD; SP
miglustat oral capsule	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***velaglucerase alfa***)	4	PA; LD; SP
miglustat (Yargesa Oral Capsule)	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
AMINO ACIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
l-glutamine oral packet	4	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*	
CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR NUTRITION**		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***motixafortide acetate***)	4	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (***plerixafor***)	4	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	4	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (***mavorixafor***)	4	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***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS) - DRUGS FOR NUTRITION**		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (***darbepoetin alfa***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (***darbepoetin alfa***)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa***)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***methoxy peg-epoetin beta***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa***)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa-epbx***)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
foltabs 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
FOLIC ACID/FOLATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
cvs folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
fa-8 oral capsule	1 or 1b*; $0	
folate oral tablet	1 or 1a*; $0	
folic acid injection solution	1 or 1a*	
folic acid oral capsule 0.8 mg	1 or 1b*; $0	
folic acid oral tablet 1 mg	1 or 1a*	
folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg	1 or 1a*; $0	
ft folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
gnp folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*; $0	
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
true folic acid oral tablet 400 mcg	1 or 1a*; $0	
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (***tbo-filgrastim***)	4	PA; LD; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tbo-filgrastim***)	4	PA; LD; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***pegfilgrastim***)	4	PA; LD; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***eflapegrastim-xnst***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-cbqv***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***pegfilgrastim-cbqv***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-cbqv***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***filgrastim-sndz***)	4	PA; LD; SP
GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***sargramostim***)	4	PA; LD; SP
IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (***ferric maltol***)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (***ferumoxytol***)	4	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (***na ferric gluc cplx in sucrose***)	4	PA; LD; QL (16 vials per 8 weeks); SP
ferumoxytol intravenous solution	4	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION (***iron dextran***)	4	PA; LD; SP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	4	PA; LD; QL (16 vials per 8 weeks); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (***iron sucrose***)	4	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
SELECTIN BLOCKERS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (***crizanlizumab-tmca***)	4	PA; LD; SP
THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
DOPTELET ORAL TABLET (***avatrombopag maleate***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (***lusutrombopag***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***romiplostim***)	4	PA; LD; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (***eltrombopag olamine***)	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (***eltrombopag olamine***)	4	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (***eltrombopag olamine***)	4	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (***eltrombopag olamine***)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (***eltrombopag olamine***)	4	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)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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***)	4	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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 in nacl***)	3	
SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (***tasimelteon***)	4	PA; LD; QL (5 mL per 1 day)
ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
tasimelteon oral capsule	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BOWEL EVACUANT COMBINATIONS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf***)	1 or 1a*; $0	QL (1 bottle per 30 days)
gavilyte-g oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution	1 or 1b*; $0	QL (1 kit per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (***diaphragm wide seal***)	2; $0	
GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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)

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY 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
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GNP 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)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMNIPOD 5 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)
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)

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GNP 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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POTASSIUM 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*	
wes-phos 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
POTASSIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
klor-con 10 oral tablet extended release	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (***trace minerals 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4; 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***)	4	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***belimumab***)	4	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***belimumab***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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***)	4	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***)	4	PA; LD; SP
FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (***lonafarnib***)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
FECAL INCONTINENCE BULKING AGENT - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
SOLESTA INJECTION GEL (***dextranomer-sodium hyaluronate***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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***)	4	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***)	4	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
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***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (***rozanolixizumab-noli***)	4	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (***rozanolixizumab-noli***)	4	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (***efgartigimod alfa-fcab***)	4	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB - VITAMINS AND MINERALS**		
VIJOICE ORAL PACKET (***alpelisib***)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (***alpelisib***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (***alpelisib***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POTASSIUM REMOVING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (***sodium zirconium cyclosilicate***)	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (***sodium zirconium cyclosilicate***)	3	QL (3 packets per 1 day)
sodium polystyrene sulfonate oral powder	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***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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)

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride mouth/throat solution	1 or 1a*	
SALIVA STIMULANTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
cevimeline hcl oral capsule	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	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
b-100 complex cr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
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	

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 plus iron adult oral tablet	1 or 1b*; $0	
multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
nat-rul daily-vite+iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc daily multivitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress b complex/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress formula/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET (***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	

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 vitamin-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
multivitamin adult oral tablet	2; $0	
multivitamin iron-free oral tablet	1 or 1b*; $0	
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; $0	
multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEOMULTIVITE ORAL TABLET (***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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENATAL MV & 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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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***)	4	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (***palovarotene***)	4	PA; LD; QL (14 capsules 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VISCOSUPPLEMENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	PA; LD
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (***cross-linked hyaluronate***)	4	LD
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	4	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	4	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	4	PA; LD
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hylan g-f 20***)	4	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hylan g-f 20***)	4	PA; LD
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	4	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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***)	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (***edaravone***)	4	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
BENZATHIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
riluzole oral tablet	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (***riluzole***)	4	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***)	4	PA; LD; 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	4	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (***eteplirsen***)	4	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (***viltolarsen***)	4	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (***golodirsen***)	4	PA; LD
***MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (***givinostat hcl***)	4	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***onabotulinumtoxina***)	4	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***abobotulinumtoxina***)	4	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (***rimabotulinumtoxinb***)	4	PA; LD; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***incobotulinumtoxina***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (120 mL per 1 day)
SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***risdiplam***)	4	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	

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acelect-calc in d5w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acelect-calc in d10w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acelect-calc in d5w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acelect-calc in d15w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acelect-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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOJOLVI ORAL LIQUID (***triheptanoin***)	4	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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	PA; LD; SP
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***faricimab-svoa***)	4	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)

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPHTHALMIC ANTIVIRALS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
trifluridine ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
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)***)	4	PA; LD
OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION (***avacincaptad pegol***)	4	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	
***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	

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

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	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***)	4	LD
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (***hypromellose***)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	4	LD
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	4	LD
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	4	LD
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	4	LD
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (***bimatoprost***)	4	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***)	4	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab-nuna***)	4	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab-eqrn***)	4	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept***)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept***)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***aflibercept***)	4	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ranibizumab***)	4	PA; LD; SP
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept-ayyh***)	4	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***aflibercept-ayyh***)	4	PA

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab***)	4	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab***)	4	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)
***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	

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - 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***)	4; $0	PA; LD; QL (2 syringe per 180 days)
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (***nirsevimab-alip***)	4; $0	PA; LD; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (***pemivibart***)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (***palivizumab***)	4	PA; LD; SP
BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES - BIOLOGICAL AGENTS**		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (***bezlotoxumab***)	3	PA
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***)	4	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***cytomegalovirus immune glob***)	4	LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (***immune globulin (human)***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (***immune globulin (human)***)	4	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	4	LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	4	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***immune globulin (human)***)	4	PA; LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	4	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b immune globulin***)	4	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (***rabies immune globulin***)	4	LD; SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	4	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***)	4	LD; SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	4	LD; SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	4	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	4	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	4	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***)	4	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-klhw***)	4	PA; LD; SP
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOPENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin oral capsule	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml	1 or 1a*	
amoxicillin oral 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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
ANTI-CATAPLECTIC AGENTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
sodium oxybate oral solution	4	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION (***sodium oxybate***)	4	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
XYWAV ORAL SOLUTION (***ca, mg, k, and na oxybates***)	4	PA; LD; QL (18 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	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)
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (***deutetrabenazine***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***deutetrabenazine***)	4	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (***valbenazine tosylate***)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (***valbenazine tosylate***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (***valbenazine tosylate***)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (***valbenazine tosylate***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***valbenazine tosylate***)	4	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	4	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***)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weeks); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (***interferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (***interferon beta-1b***)	4	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***peginterferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***peginterferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***interferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***interferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***interferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***interferon beta-1a***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***ofatumumab***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (***alemtuzumab***)	4	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (***natalizumab***)	4	PA; LD; QL (1 vial 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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	4	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***)	4	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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***)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (***patisiran sodium***)	4	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cvs nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
eq nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
eq nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
eq nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
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	

MARCA=medicamento de marca ***genéricos***=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 2 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; $0	
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTROL INHALATION INHALER (***nicotine***)	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	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (***fingolimod hcl***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (***siponimod fumarate***)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (***siponimod fumarate***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (***siponimod fumarate***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET (***ponesimod***)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***ponesimod***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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***)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (***ozanimod hcl***)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***ozanimod hcl***)	4	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***)	4	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (***alpha1-proteinase inhibitor***)	4	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (***alpha1-proteinase inhibitor***)	4	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alpha1-proteinase inhibitor***)	4	PA; LD; SP
CFTR POTENTIATORS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
KALYDECO ORAL PACKET (***ivacaftor***)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (***ivacaftor***)	4	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***)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (***lumacaftor-ivacaftor***)	4	PA; LD; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (***lumacaftor-ivacaftor***)	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (***tezacaftor-ivacaftor***)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (***elexacaftor-tezacaftor-ivacaft***)	4	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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (***elexacaftor-tezacaftor-ivacaft***)	4	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (***mannitol (cystic fibrosis)***)	4	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (***mannitol (cystic fibrosis)***)	4	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
HYDROLYTIC ENZYMES - DRUGS FOR THE LUNGS**		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (***dornase alfa***)	4	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OFEV ORAL CAPSULE (***nintedanib esylate***)	4	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
pirfenidone oral capsule	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 267 mg	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
pirfenidone oral tablet 801 mg	4	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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
doxy 100 intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
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*	

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIBRAX ORAL CAPSULE (***chlordiazepoxide-clidinium***)	3	
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
esomeprazole magnesium oral packet	1 or 1b*	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS**		
BACTERIAL VACCINES - VACCINES**		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***haemophilus b polysac conj vac***)	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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***)	4	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (***progesterone***)	4	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	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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 un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen la distribución de costos más alta y suelen incluir medicamentos especializados, genéricos y de marca **$0**=medicamentos preventivos **BE=** exclusión de prestaciones **DO**=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 191
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 191
abacavir sulfate 102
abacavir sulfate-lamivudine 100
ABELCET 55
ABILIFY MAINTENA 98
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 99
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 99
abiraterone acetate 70, 71
ABLYSINOL 113
ABRAXANE 89
ABRYSVO 253
ABSORICA 127
ABSORICA LD 127
ACAM2000 253
acamprosate calcium 237
acarbose 45
ACCOLATE 34
ACCRUFER 166
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET 178
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 178
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 178
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 178
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 178
ACCURETIC 60
accutane 127
ACCUTREND GLUCOSE 138
acebutolol hcl 106
ACETADOTE 51
acetaminophen 21
acetaminophen-codeine 23
acetazolamide 139
acetazolamide er 139
acetazolamide sodium 139
acetic acid 156, 233
acetylcysteine 51, 125
acitretin 129
ACTHAR 142
ACTHAR GEL 142
ACTHIB 252
ACTIFLOVIT EAR HEALTH 219
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE 167
ACTI-LANCE 28G 178
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G 178
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G 178
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G 178
ACTIMMUNE 85
ACTIVASE 163
ACTIVELLA 150
ACTONEL 141
ACULAR 229
ACULAR LS 229
ACUVAIL 229
acyclovir 104, 130
acyclovir sodium 104
ADACEL 248
ADAKVEO 166
adalimumab-adbm (2 pen) 18
adalimumab-adbm (2 syringe) 18
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 18
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 18
adapalene 127
adapalene-benzoyl peroxide 126
ADASUVE 97
ADCETRIS 74
ADDYI 242
adefovir dipivoxil 104
ADEMPAS 112
adenosine 31
ADIPEX-P 14
adjustable lancing device 178
ADRENALIN-NACL 256
adriamycin 83
ADVANCED MOBILE LANCET 178
ADVATE 158
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 191
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 191
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 191
ADVOCATE LANCETS 178
ADVOCATE LANCETS 30G 178
ADVOCATE LANCING DEVICE 178
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING 178
ADVOCATE SAFETY LANCETS 178
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G 178
ADYNOVATE 158
adzynma 158
afirmelle 116
AFLURIA 253
AFLURIA PRESERVATIVE FREE 253
AFSTYLA 158
aftera 120
afterpill 120
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS 178
AGGRASTAT 161
AGRYLIN 163
AIMOVIG 198
aimsco lubricated 176
AIMSCO TWIST LANCETS 32G 178
AIMSCO TWIST LANCETS 33G 178
AIRSUPRA 32
AKEEGA 80
ak-fluor 228
AKOVAZ 256
AKTEN 229
AKYNZEO 53
AKYNZEO (READY-TO-USE) 53
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) 53
ala-cort 131
albendazole 29
ALBUKED 25 162
ALBUKED 5 162
ALBUMIN HUMAN 162
ALBUMINEX 162
ALBUMIN-ZLB 162
ALBURX 162
ALBUTEIN 162
albuterol sulfate 33
ALBUTEROL SULFATE 33
albuterol sulfate hfa 33
ALCAINE 229
alclometasone dipropionate 131
ALDACTONE 140
ALDURAZYME 146
ALECENSA 73
alendronate sodium 141
alfuzosin hcl er 156
ALIMTA 71
ALIQOPA 91
aliskiren fumarate 64
ALKINDI SPRINKLE 123
allbee/c 210
allopurinol 157
allopurinol sodium 157
almotriptan malate 199
alogliptin benzoate 46
alogliptin-metformin hcl 46
alogliptin-pioglitazone 47
alophen 172
ALOPRIM 157
ALORA 150
alosetron hcl 152
ALPHANATE 158
ALPHANINE SD 158
alprazolam 30
alprazolam er 30
ALPRAZOLAM INTENSOL 30
alprazolam xr 30
ALPROLIX 158
altafluor benox 228
altavera 116
ALTUVIIIO 158
ALUNBRIG 73
alvimopan 154
alyacen 1/35 116
alyacen 7/7/7 122
alyq 113
amantadine hcl 93
AMBISOME 55
ambrisentan 113
amcinonide 131
AMELUZ 136
amethyst 120
AMIDATE 155
amikacin sulfate 17
amiloride hcl 140
amiloride-hydrochlorothiazide 139
aminocaproic acid 167
aminophylline 35
AMINOSYN II 223
aminosyn ii 223
AMINOSYN-PF 223
AMINOSYN-PF 7% 223
amiodarone hcl 31
amitriptyline hcl 44
amlodipine besy-benazepril hcl 60
amlodipine besylate 107
amlodipine besylate-valsartan 62

amlodipine-atorvastatin 111
amlodipine-olmesartan 62
amlodipine-valsartan-hctz 63
AMMONUL 148
amnesteem 127
AMNIOFIX 137
AMNIOTEXT 137
AMONDYS 45 223
amoxapine 44
amoxicill-clarithro-lansopraz 251
amoxicillin 235
amoxicillin-pot clavulanate 236
amoxicillin-pot clavulanate er 236
AMPHADASE 204
AMPHENOL-40 137
amphetamine sulfate 13
amphetamine-dextroamphet er 13
amphetamine-dextroamphetamine 13
amphet-dextroamphet 3-bead er 13
amphotericin b 55
amphotericin b liposome 55
ampicillin 235
ampicillin sodium 236
ampicillin-sulbactam sodium 236
AMPYRA 241
AMVISC 231
AMVUTTRA 242
anagrelide hcl 163
ANALPRAM-HC 28, 29
ANAPROX DS 19
ANASCORP 234
anastrozole 86
ANAVIP 234
ANCOBON 55
ANDEXXA 51
ANECTINE 222
ANESTHESIA S/I-40A 155
ANESTHESIA S/I-40H 155
ANESTHESIA S/I-40S 155
ANGELIQ 150
ANGIOMAX 37
ANKTIVA 85
ANNOVERA 120
ANORO ELLIPTA 32
anti-oxidant 212
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS 234
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS 234
ANTIVERT 54
ANUSOL-HC 29
ANZEMET 53
APADAZ 26
apap-caff-dihydrocodeine 24
APHEXDA 164
APLENZIN 42
APOKYN 95
apomorphine hcl 95
APONVIE 54
apraclonidine hcl 230
aprepitant 54
APRETUDE 101
apri 116
APRISO 153
APTIOM 38
APTIVUS 101
aq insulin syringe 191
aqinject pen needle 191
AQUALANCE LANCETS 30G 178
AQUASOL A 257
aquastat 202
Aquastat Sfr 202
ARAKODA 68
ARALAST NP 245
aranelle 122
ARANESP (ALBUMIN FREE) 165
ARAVA 21
ARCALYST 19
AREXVY 253
arformoterol tartrate 33
ARGATROBAN 37
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE 37
argyle sterile saline 156
argyle sterile water 205
ARICEPT 238
ARIKAYCE 17
aripiprazole 99
ARISTADA 99
ARISTADA INITIO 99
ARIXTRA 37
armodafinil 15
AROMASIN 86
ARRANON 71
arsenic trioxide 85
ARTESUNATE 68
articadent dental 173
ARTISS 167
ARZERRA 74
ASCLERA 207
ascomp-codeine 23
ASCOR 257
asenapine maleate 97
ashlyna 120
ASPARLAS 85
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 163
ASPRUZYO SPRINKLE 29
ASSURE COMFORT LANCETS 28G 178
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 191
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 191
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 191
ASSURE LANCE LANCETS 178
ASSURE LANCE LANCETS 21G 178
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G 178
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G 178
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G 178
ASTAGRAF XL 206
ATABEX EC 215
ATABEX OB 215
atazanavir sulfate 102
ATELVIA 141
atenolol 106
atenolol-chlorthalidone 64
ATGAM 204
atomoxetine hcl 13
atorvastatin calcium 58
atovaquone 65
atovaquone-proguanil hcl 68
atracurium besylate 223
ATROPINE SULFATE 226, 249
ATROVENT HFA 34
aubra eq 116
AUDENZ 253
AUGMENTIN 236
AUGMENTIN ES-600 236
AUGTYRO 83
aum insulin safety pen needle 191
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 191
aum pen needle 191
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 191
AUM SAFETY PEN NEEDLE 191
AURORA LANCET SUPER THIN 30G 178
AURORA LANCET THIN 23G 179
AURORA PEN NEEDLES 191
aurovela 1.5/30 116
aurovela 1/20 116
aurovela 24 fe 116
aurovela fe 1.5/30 116
aurovela fe 1/20 116
AURYXIA 154
AUSTEDO 239
AUSTEDO XR 239
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 239
AUTO-LANCET 179
AUTO-LANCET MINI 179
AUTOLET II CLINISAFE 179
AUTOLET LANCING DEVICE 179
AUTOLET LITE CLINISAFE 179
AUTOLET LITE STARTER PACK 179
AUTOLET MINI 179
AUTOLET PLATFORMS 179
AUTOLET PLUS 179
AUVI-Q 256
AVASTIN 92
aviane 117
AVITENE 167
AVITENE FLOUR 167
AVONEX PEN 240
AVONEX PREFILLED 240
AVSOLA 155
AVYCAZ 114
ayuna 117

AYVAKIT 82
azacitidine 71
AZACTAM 67
azasan 207
AZASITE 227
azathioprine 207
AZATHIOPRINE SODIUM 207
azelaic acid 136
azelastine hcl 222, 226
azelastine-fluticasone 221
AZESCO 215
AZILECT 94
azithromycin 174, 175
AZSTARYS 15
aztreonam 67
AZULFIDINE 153
AZULFIDINE EN-TABS 153
azurette 116
b complex (lipotropics) 219
b complex 100 tr 210
b complex formula 1 (lipotrop) 219
b complex formula 1 (w/ fa) 210
b complex-b12 209
b complex-c 210
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA 210
b complex-c-folic acid 209
b-100 b-complex 210
b-100 complex cr 211
b-100 tr 211
b-50 complex 211
BABYBIG 234
bac 21
bacitracin 227
bacitracin-polymyxin b 227
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 230
baclofen 219
BACTRIM 65
BACTRIM DS 65
balance b-100 219
balance b-50 211
balanced b complex 211
balanced b-100 211
balanced b-50 complex 219
balanced b-50/fa 211
BALFAXAR 158
balsalazide disodium 153
BALVERSA 78, 79
balziva 117
BANZEL 38
BAQSIMI ONE PACK 46
BAQSIMI TWO PACK 46
BARACLUDE 104
BARHEMSYS 54
BASAGLAR KWIKPEN 47
BAVENCIO 76
BAXDELA 151
bayer aspirin ec low dose 22
bayer low dose 22
BCG VACCINE 252
b-compleet-100 211
b-compleet-50 211
b-complex 211
b-complex (folic acid) 210
b-complex balanced 209
b-complex plus b-12 209
b-complex/b-12 209
b-complex/electrolytes 210
b-complex/vitamin c 209
b-complex-c 210
b-complex-c (w/folic acid) 209
BD AUTOSHIELD DUO 191
bd heparin posiflush 36
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 191
BD INSULIN SYRINGE 191
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 191
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 191
BD INSULIN SYRINGE U/F 191
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 191
BD INSULIN SYRINGE U-500 191
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 191
BD MICROTAINER LANCETS 179
BD PEN NEEDLE MICRO U/F 191
BD PEN NEEDLE MINI U/F 192
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 192
BD PEN NEEDLE NANO U/F 192
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 192
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 192
bd posiflush 202
Bd Posiflush Safescrub 202
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 192
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 192
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 192
BELBUCA 27
BELEODAQ 79
BELRAPZO 70
benazepril hcl 61
benazepril-hydrochlorothiazide 60
bendamustine hcl 70
BENDEKA 70
BENEFIX 158
BENLYSTA 203
BENTYL 249
BENZALKONIUM CHLORIDE 100
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 26
BENZNIDAZOLE 29
benzonatate 124
benzoyl peroxide-erythromycin 127
benzphetamine hcl 14
benztropine mesylate 93
BEOVU 232
BERINERT 160
BESIVANCE 227
BESPONSA 74
BESREMI 85
BETADINE OPHTHALMIC PREP 227
betaine 144
betamethasone dipropionate 131
betamethasone dipropionate aug 131
betamethasone valerate 131
BETASERON 240
betaxolol hcl 106, 225
bethanechol chloride 251
BETHKIS 17
BETOPTIC-S 225
better b complex 210
bexarotene 92, 138
BEXSERO 252
BEYFORTUS 234
bicalutamide 71
BICILLIN C-R 236
BICILLIN C-R 900/300 236
BICILLIN L-A 236
BIDIL 111
big 100 210
big 100 (biotin) 211
BIJUVA 150
BIKTARVY 100
BILTRICIDE 29
bimatoprost 136, 232
BINOSTO 141
BIORPHEN 256
BIOTHRAX 252
bis subcit-metronid-tetracyc 250
bisacodyl 172
bisacodyl ec 172
bismuth/metronidaz/tetracyclin 250
bisoprolol fumarate 106
bisoprolol-hydrochlorothiazide 64
bivalirudin trifluoroacetate 37
bleomycin sulfate 83
BLINCYTO 77
blisovi 24 fe 117
blisovi fe 1.5/30 117
blisovi fe 1/20 117
BLOXIVERZ 69
BONJESTA 53
BOOSTRIX 248
bortezomib 82
BORUZU 82
bosentan 113
BOSULIF 76
BOTOX 223
BOTOX COSMETIC 133
BRAFTOVI 77
BREO ELLIPTA 32
BREVIBLOC 106
BREVIBLOC IN NACL 106
BREVIBLOC PREMIXED 106
BREVIBLOC PREMIXED DS 106
BREVITAL SODIUM 155
BREXAFEMME 55
Breyna 32
BREZTRI AEROSPHERE 32
BRIDION 52
briellyn 117
BRILINTA 161
brimonidine tartrate 136, 230
brimonidine tartrate-timolol 225
brinzolamide 228
BRIVIACT 38
BRIXADI 27
BRIXADI (WEEKLY) 27

bromfenac sodium 229
bromfenac sodium (once-daily) 229
bromocriptine mesylate 93
BROMSITE 229
BRONCHITOL 246
BRONCHITOL TOLERANCE TEST . 246
BROVANA 33
BRUKINSA 77
BSS 228
BSS PLUS 228
budesonide 28, 35, 123
budesonide er 123
budesonide-formoterol fumarate 32
bumetanide 139, 140
BUMEX 140
BUPIVACAINE FISIOPHARMA 174
bupivacaine hcl (pf) 174
bupivacaine-epinephrine 173
bupivacaine-epinephrine (pf) 173
buprenorphine 27
buprenorphine hcl 27
buprenorphine hcl-naloxone hcl 27
bupropion hcl 42
bupropion hcl er (smoking det) 242
bupropion hcl er (sr) 42
bupropion hcl er (xl) 42
buspirone hcl 30
busulfan 70
BUSULFEX 70
butalbital-acetaminophen 21, 22
butalbital-apap-caff-cod 23
butalbital-apap-caffeine 22
butalbital-asa-caff-codeine 24
butalbital-aspirin-caffeine 22
butorphanol tartrate 27
BYFAVO 169
BYLVAY 153
BYLVAY (PELLETS) 153
BYOOVIZ 232
CABENUVA 100
cabergoline 142
CABLIVI 160
CABOMETYX 81
CADUET 111
caffeine citrate 14
calcipotriene 130
calcipotriene-betameth diprop 138
calcitonin (salmon) 142
calcitrene 130
calcitriol 130, 144
calcium acetate 154
calcium acetate (phos binder) 154
CALCIUM GLUCONATE 200
CALCIUM GLUCONATE-NACL 199
CALDOLOR 19
CALQUENCE 77
CAMCEVI 88
camila 121
CAMPTOSAR 92
camrese 120
camrese lo 120
CAMZYOS 111
CANASA 153
CANCIDAS 54
candesartan cilexetil 62, 63
candesartan cilexetil-hctz 62
capecitabine 71
CAPLYTA 95
CAPRELSA 81
captopril 61
captopril-hydrochlorothiazide 60
CAPVAXIVE 252
CARAC 129
CARAFATE 249
carbamazepine 38
carbamazepine er 38
carbidopa 94
carbidopa-levodopa 94
carbidopa-levodopa er 94
carbidopa-levodopa-entacapone 94
carbinoxamine maleate 56
carbinoxamine maleate er 56
carboplatin 70
carboprost tromethamine 233
CARDENE IV 107
CARDIOCOM LANCING DEVICE ... 179
CARDIZEM 107
CARDURA 64
CARDURA XL 156
CAREFINE PEN NEEDLES 192
careone advanced lancing dev 179
CAREONE INSULIN SYRINGE 192
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G 179
CAREONE LANCET THIN 23G 179
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 192
CARESENS LANCETS 179
CARESENS LANCETS 30G 179
CARETOUCH INSULIN SYRINGE .. 192
CARETOUCH LANCING/EJECTOR 179
CARETOUCH PEN NEEDLES 192
CARETOUCH SAFETY LANCETS .. 179
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G 179
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G 179
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G 179
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G 179
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G 179
carglumic acid 144
carisoprodol 219
carmustine 90
CARNITOR 142
CARNITOR SF 142
CAROSPIR 140
carteolol hcl 225
cartia xt 107, 108
carvedilol 106
carvedilol phosphate er 106
CASODEX 71
CASPOFUNGIN ACETATE 55
CATAPRES-TTS-1 63
CATAPRES-TTS-2 63
CATAPRES-TTS-3 63
CATHFLO ACTIVASE 164
CAVERJECT 112
CAVERJECT IMPULSE 112
CAYA 177
CAYSTON 67
cefaclor 115
CEFACLOR ER 115
cefadroxil 114
cefazolin sodium 114
CEFAZOLIN SODIUM 114
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE . 114
cefazolin sodium-dextrose 114
cefdinir 115
cefepime hcl 116
CEFEPIME HCL 116
CEFEPIME-DEXTROSE 116
cefixime 115
CEFOTAN 115
cefotaxime sodium 115
cefotetan disodium 115
cefoxitin sodium 115
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE .. 115
cefpodoxime proxetil 115
cefprozil 115
ceftazidime 115
ceftriaxone sodium 115
CEFTRIAXONE SODIUM 115
ceftriaxone sodium in dextrose 115
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE 115
cefuroxime axetil 115
cefuroxime sodium 115
celecoxib 19
CELESTONE SOLUSPAN 124
CELLCEPT 205
CELLCEPT INTRAVENOUS 205
CELLUGEL 231
CELONTIN 41
cephalexin 114
CEPROTIN 162
CERDELGA 164
CEREBYX 41
CEREZYME 164
CERVIDIL 233
cetirizine hcl 57
CETRAXAL 233
cetrorelix acetate 143
CETROTIDE 143
cevimeline hcl 209
charlotte 24 fe 117
chateal eq 117
CHEMET 51
childrens aspirin 22
chloramphenicol sod succinate 66
chlordiazepoxide hcl 30
chlordiazepoxide-amitriptyline 238
chlordiazepoxide-clidinium 248
chlorhexidine gluconate 208
chloroprocaine hcl (pf) 174
chloroquine phosphate 68
chlorothiazide sodium 140

chlorpromazine hcl 98
CHLORPROMAZINE HCL 98
chlorthalidone 140
chlorzoxazone 219
CHOLBAM 151
cholestyramine 58
cholestyramine light 58
CHORIONIC GONADOTROPIN 146
CHOSEN LANCETS 30G 179
CHOSEN LANCING DEVICE 179
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G ... 179
chromic chloride 203
ciclodan 128
ciclopirox 128
ciclopirox olamine 128
cidofovir 103
cilostazol 162
CILOXAN 227
CIMDUO 100
CIMERLI 232
cimetidine 249
cimetidine hcl 249
cinacalcet hcl 142
CINQAIR 34
CINRYZE 160
CINVANTI 54
CIPRO 151
ciprofloxacin hcl 151, 227, 233
ciprofloxacin in d5w 151
ciprofloxacin-dexamethasone 233
ciprofloxacin-fluocinolone pf 233
cisatracurium besylate 223
cisatracurium besylate (pf) 223
cisplatin 70
CISPLATIN 70
citalopram hydrobromide 43
CITRANATAL 90 DHA 218
CITRANATAL ASSURE 218
CITRANATAL B-CALM 215
CITRANATAL HARMONY 218
CITRANATAL MEDLEY 218
citrate of magnesia 171
citroma 171
cladribine 71
claravis 127
CLARINEX 57
CLARINEX-D 12 HOUR 125
clarithromycin 175
clarithromycin er 175
CLASSIC PRENATAL 215
CLEANLET LANCETS 28G 179
clearlax 170
CLEMASTINE FUMARATE 56
clemastine fumarate 56
CLEOCIN 67, 255
CLEOCIN PHOSPHATE 67
CLEOCIN-T 126
CLEVER CHEK LANCETS 179
CLEVER CHOICE COMFORT EZ
..... 179, 192
CLEVER CHOICE LANCETS 21G 179
CLEVER CHOICE LANCETS 23G 179
CLEVER CHOICE LANCETS 28G 179
CLEVIPREX 108
CLICKFINE PEN NEEDLES 192
CLIMARA PRO 150
Clindacin 126
clindacin etz 126
clindacin-p 126
clindamycin hcl 67
clindamycin palmitate hcl 67
clindamycin phos-benzoyl perox 127
clindamycin phosphate 67, 126, 255
clindamycin phosphate in d5w 67
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN
NACL 67
clindamycin-tretinoin 127
CLINDESSE 255
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 224
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) .. 224
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 224
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 224
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 224
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 224
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 224
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 224
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 224
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 224
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 224
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 224
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 224
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 224
clinisol sf 224
CLINOLIPID 224
clinpro 5000 208
clobazam 37
clobetasol propionate 131, 132
clobetasol propionate e 131
clobetasol propionate emulsion 131
clocortolone pivalate 132
clodan 132
clofarabine 71
Clomid 147
clomiphene citrate 147
clomipramine hcl 44
clonazepam 37
clonidine 63
clonidine hcl 63
clonidine hcl er 13
clopidogrel bisulfate 163
clorazepate dipotassium 30
clotrimazole 134, 208
clotrimazole-betamethasone 128
clozapine 97
C-NATE DHA 215
CNJ-016 234
COAGADEX 158
COAGUCHEK LANCETS 179
coal tar 137
COARTEM 68
COCAINE HCL 221
CODEINE SULFATE 24
codeine sulfate 24
CODITUSSIN AC 125
CODITUSSIN DAC 125
colchicine 158
colchicine-probenecid 157
colesevelam hcl 58
COLESTID 58
colestipol hcl 58
colistimethate sodium (cba) 68
COLUMVI 77
COLY-MYCIN M 68
COMBIPATCH 150
COMBIVENT RESPIMAT 32
COMBOGESIC 19
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) . 81
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) . 81
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ... 81
COMFORT ASSIST INSULIN
SYRINGE 192
COMFORT ASSURED LANCETS
28G 179
COMFORT ASSURED LANCETS
33G 180
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . 192
COMFORT EZ MICRO PEN
NEEDLES 192
COMFORT EZ PEN NEEDLES 192
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . 192
COMFORT EZ SHORT PEN
NEEDLES 192
COMFORT TOUCH INSULIN PEN
NEED 192
COMFORT TOUCH LANCETS 31G . 180
COMFORT TOUCH PLUS
LANCETS 28G 180
COMFORT TOUCH PLUS
LANCETS 30G 180
COMFORT TOUCH TWIST
LANCET 30G 180
COMIRNATY 253
COMPLETE NATAL DHA 217
COMPLETENATE 215
complex b-100 211
COMPLEX B-100-INOSITOL 219
complex b-50 prolonged release 211
compro 98
CO-NATAL FA 215
CONCEPT DHA 215
CONCEPT OB 215
condoms 176
CONDYLOX 134
CONJUPRI 108
constulose 170
COPASIL 136
COPAXONE 241
COPIKTRA 91
CORIFACT 158
CORLANOR 114
CORTEF 123
CORTENEMA 28
CORTIFOAM 28
CORTISPORIN-TC 233
CORTROPHIN 142
CORVERT 31
COSELA 89
COSENTYX 129
COSENTYX (300 MG DOSE) 129

COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 129
COSENTYX SENSOREADY PEN 129
COSENTYX UNOREADY 129
COTELLIC 80
CREON 139
CRESEMBA 55
CRINONE 256
CROFAB 234
cromolyn sodium 33, 152, 226
crotan 136
cryselle-28 117
CRYSVITA 149
cupric chloride 203
CURAE 120
curity sterile saline 156
CUTAQUIG 234
CUVPOSA 250
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 210
cvs balanced b50 219
cvs c-lax laxative 172
cvs folic acid 165
cvs gentle laxative 172
cvs gentle laxative womens 172
cvs inner ear plus 219
CVS LANCETS 21G 180
CVS LANCETS MICRO THIN 33G 180
CVS LANCETS ORIGINAL 180
CVS LANCETS THIN 26G 180
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G 180
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G 180
cvs lancing device 180
cvs magnesium citrate 172
cvs milk of magnesia 172
cvs nicotine 242, 243
cvs nicotine polacrilex 242
CVS PRENATAL 215
cvs purelax 170, 171
cvs super b complex/c 210
CVS ULTRA THIN LANCETS 180
cyanocobalamin 164
CYANOKIT 52
cyclobenzaprine hcl 220
CYCLOGYL 226
CYCLOMYDRIL 226
cyclopentolate hcl 226
cyclophosphamide 89, 90
CYCLOPHOSPHAMIDE 90
cycloserine 69
CYCLOSET 47
cyclosporine 204
cyclosporine modified 204
CYGNUS DUAL 137
CYKLOKAPRON 167
CYLTEZO (2 PEN) 18
CYLTEZO (2 SYRINGE) 18
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER 18
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER 19
cyproheptadine hcl 57
CYRAMZA 92
cyred eq 117
CYSTADANE 144
CYSTADROPS 232
CYSTAGON 156
CYSTARAN 232
cytarabine 72
cytarabine (pf) 71
CYTOGAM 234
CYTOTEC 251
dacarbazine 85
dactinomycin 83
daily multiple vitamins 212
daily value multivitamin 212
daily vitamins 212
daily vite 212
daily vite multivitamin/iron 211
daily vites 212
daily-vite 212
daily-vite multivitamin 212
dalfampridine er 241
DALVANCE 66
danazol 28
DANTRIUM 220
dantrolene sodium 220
DANYELZA 75
dapsone 67, 126
DAPTACEL 248
DAPTOMYCIN 66
daptomycin-sodium chloride 66
DARAPRIM 69
darifenacin hydrobromide er 251
darunavir 102
DARZALEX 74
DARZALEX FASPRO 84
dasatinib 76
dasetta 1/35 117
dasetta 7/7/7 122
DAUNORUBICIN HCL 83
DAURISMO 79
DAVIMET-FLUORIDE 214
DAXXIFY 134
DAYBUE 223
DAYPRO 19
daysee 120
DDAVP 149
DDAVP PF 149
deblitane 121
decitabine 72
deferasirox 51
deferasirox granules 51
deferiprone 51
deferoxamine mesylate 52
DEFITELIO 163
DEFLUX 157
DELESTROGEN 150
DELSTRIGO 100
delyla 117
DELZICOL 153
demeclocycline hcl 246
DEMEROL 24
DEMSER 62
DENAVIR 130
DENGVAXIA 253
denta 5000 plus 208
dentagel 208
DEPEN TITRATABS 203
DEPO-ESTRADIOL 150
DEPO-MEDROL 123
DEPO-PROVERA 121
DEPO-SUBQ PROVERA 104 121
DEPO-TESTOSTERONE 28
DERMOTIC 233
DESCOVY 100
DESFERAL 52
desflurane 155
desipramine hcl 44, 45
desloratadine 57
desmopressin ace spray refrig 149
desmopressin acetate 149
DESMOPRESSIN ACETATE 149
desmopressin acetate pf 149
desmopressin acetate spray 149
desogestrel-ethinyl estradiol 116
desonide 132
desoximetasone 132
desvenlafaxine succinate er 44
DEXABLISS 123
dexamethasone 123
DEXAMETHASONE INTENSOL 123
dexamethasone sod phos +rfid 123
dexamethasone sod phosphate pf 123
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF 123
dexamethasone sodium phosphate 123, 230
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 123
DEXCOM G6 RECEIVER 180
DEXCOM G6 SENSOR 180
DEXCOM G6 TRANSMITTER 180
DEXCOM G7 RECEIVER 180
DEXCOM G7 SENSOR 180
DEXMEDETOMIDINE HCL 170
dexmedetomidine hcl 170
dexmedetomidine hcl in nacl 170
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE 170
dexmethylphenidate hcl 15
dexmethylphenidate hcl er 15
dexrazoxane 86
dexrazoxane hcl 86
DEXTENZA 230
dextroamphetamine sulfate 13
dextroamphetamine sulfate er 13
dextrose 224
DEXTROSE 224
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 200
dextrose in lactated ringers 200
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 200
dextrose-sodium chloride 200
DEXYCU 230

DHIVY 94
DIACOMIT 38
dialyvite 800 209
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 180
DIATHRIVE LANCETS 180
DIATHRIVE LANCING DEVICE 180
DIATHRIVE PEN NEEDLE 192
diazepam 30, 37
diazepam intensol 30
diazoxide 46
DIBENZYLINE 62
dichlorphenamide 139
diclofenac potassium 20
diclofenac sodium 20, 128, 129, 229
diclofenac sodium er 20
diclofenac-misoprostol 19
dicloxacillin sodium 237
dicyclomine hcl 249
diethylpropion hcl 14
diethylpropion hcl er 14
DIFICID 175
diflorasone diacetate 132
DIFLUCAN 55, 56
diflunisal 22
difluprednate 230
DIGIFAB 52
digoxin 110, 111
dihydroergotamine mesylate 199
DILANTIN 41
DILANTIN INFATABS 41
DILANTIN-125 41
DILAUDID 24
diltiazem hcl 108
DILTIAZEM HCL 108
diltiazem hcl er 108
diltiazem hcl er beads 108
diltiazem hcl er coated beads 108
dilt-xr 108
DIMENHYDRINATE 54
dimethyl fumarate 241
dimethyl fumarate starter pack 241
DIPENTUM 153
diphenhydramine hcl 56
diphenoxylate-atropine 51
DIPRIVAN 155
dipyridamole 163
DISCOVISC 231
disopyramide phosphate 31
disulfiram 237
DIURIL 140
divalproex sodium 42
divalproex sodium er 41, 42
dobutamine hcl 111
DOBUTAMINE-DEXTROSE 111
DOCETAXEL 89
DOCIVYX 89
dodex 164
dofetilide 31
DOJOLVI 225
dolishale 120
donepezil hcl 238
DOPAMINE HCL 111
DOPAMINE-DEXTROSE 111
DOPRAM 14
DOPTELET 166
dorzolamide hcl 228
dorzolamide hcl-timolol mal 225
dorzolamide hcl-timolol mal pf 225
dotti 150
DOVATO 100
doxazosin mesylate 64
doxepin hcl 45, 129, 169
doxercalciferol 144
DOXIL 83
doxorubicin hcl 84
doxorubicin hcl liposomal 84
doxy 100 247
doxycycline hyclate 247
doxycycline monohydrate 247
doxylamine-pyridoxine 53
DRISDOL 257
dronabinol 54
droperidol 30
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE 180
DROPLET INSULIN SYRINGE 192, 193
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G 180
DROPLET LANCING DEVICE 180
DROPLET MICRON 193
DROPLET PEN NEEDLES 193
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G 180
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 193
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 193
drospiren-eth estrad-levomefol 117
drospirenone-ethinyl estradiol 117
DROXIA 164
droxidopa 256
DRUG MART LANCETS THIN 26G 180
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G 180
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 193
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 193
DRUG MART UNILET LANCETS 28G 180
DRUG MART UNILET LANCETS 30G 180
DRUG MART UNILET LANCETS 33G 180
DSUVIA 24
DUAVEE 151
DUETACT 50
dulcolax 172
dulcolax milk of magnesia 172
duloxetine hcl 44
DUOBRII 138
DUOPA 94
DUOVISC 231
DUPIXENT 131
duramorph 24
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN 176
DUREX REALFEEL 176
DUREX TROPICAL 176
DUREZOL 230
DUROLANE 221
DURYSTA 232
dutasteride 156
dutasteride-tamsulosin hcl 157
DUVYZAT 223
dyclopro 135
DYSPORT 223
e.e.s. 400 175
ear health formula 219
ear health plus 219
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 193
easy comfort insulin syringe 193
EASY COMFORT LANCETS 180
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP 180
EASY COMFORT PEN NEEDLES 193
EASY GLIDE PEN NEEDLES 193
easy mini eject lancing device 180
easy mini lancing device 180
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 193
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 193
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 193
EASY TOUCH LANCETS 21G 180
EASY TOUCH LANCETS 23G 181
EASY TOUCH LANCETS 26G 181
EASY TOUCH LANCETS 28G 181
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST 181
EASY TOUCH LANCETS 30G 181
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST 181
EASY TOUCH LANCETS 32G 181
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST 181
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST 181
EASY TOUCH LANCING DEVICE 181
EASY TOUCH PEN NEEDLES 193
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G 181
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G 181
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G 181
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G 181
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 193
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 193
easygel 208
ec-naproxen 20
econazole nitrate 134
econtra one-step 120
ecotrin low strength 22
ECOZA 134
EDECRIN 140

edetate calcium disodium 52
EDEX 112
EDLUAR 169
EDURANT 102
efavirenz 102
efavirenz-emtricitab-tenofo df 100
efavirenz-lamivudine-tenofovir 100
EFUDEX 129
EGRIFTA SV 143
ELAHERE 84
ELAPRASE 146
ELCYS 224
ELELYSO 164
ELEPSIA XR 38
eletriptan hydrobromide 199
ELFABRIO 143
ELIGARD 88
ELIMITE 136
elinest 117
ELIQUIS 36
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 36
ELITEK 86
elite-ob 215
ELIXOPHYLLIN 35
ELLA 120
ELLENCE 84
ELMIRON 157
ELOCTATE 159
ELREXFIO 77
ELZONRIS 85
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G 181
embrace lancing device/ejector 181
EMBRACE PEN NEEDLES 193
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G 181
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G 181
EMEND 54
EMERPHED 257
EMGALITY 198, 199
EMGALITY (300 MG DOSE) 198
EMPAVELI 160
EMPLICITI 76
EMSAM 43
emtricitabine 102
emtricitabine-tenofovir df 100
EMTRIVA 102
EMVERM 29
Emzahh 121
enalapril maleate 61
enalaprilat 61
enalapril-hydrochlorothiazide 60
ENBRACE HR 215
ENBREL 21
ENBREL MINI 21
ENBREL SURECLICK 21
ENCARE 255
ENDO AVITENE 167
endocet 26
ENDOMETRIN 256
endur-b 211
ENFAMIL EXPECTA 218
ENGERIX-B 253
ENHERTU 84
ENJAYMO 160
ENLITE GLUCOSE SENSOR 181
enoxaparin sodium 37
enpresse-28 122
enskyce 117
ENSPRYNG 206
ENSTILAR 138
entacapone 95
entecavir 104
ENTRESTO 111
ENTYVIO 153
enulose 154
ENVARSUS XR 206
EPANED 61
EPCLUSA 104
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) 257
EPICORD 137
EPIDIOLEX 38
EPIFIX 137
EPIFIX MICRONIZED 137
EPIFOAM 137
epinastine hcl 226
epinephrine 256, 257
EPINEPHRINE 257
epinephrine (anaphylaxis) 256
EPINEPHRINE PF 257
EPINEPHRINESNAP 256
epitol 38
EPKINLY 77
eplerenone 64
EPOGEN 165
epoprostenol sodium 112
eptifibatide 161
eq aspirin adult low dose 22
eq aspirin low dose 22
eq clearlax 171
eq gentle laxative 173
eq laxative 171
eq magnesium citrate 172
eq nicotine 243
eq nicotine polacrilex 243
eq nicotine step 3 243
eql aspirin low dose 22
eql b complex 50 211
eql b-100 complex 211
eql clearlax 171
EQL COLOR LANCETS 21G 181
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G 181
eql gentle laxative 173
EQL INSULIN SYRINGE 193
eql laxative 173
eql magnesium citrate 172
EQL PRENATAL FORMULA 215
eql super b complex/vitamin c 209
EQL SUPER THIN LANCETS 30G 181
EQL THIN LANCETS 26G 181
EQUETRO 95
ERAXIS 55
ERBITUX 78
ergocalciferol 257
ergoloid mesylates 242
ergotamine-caffeine 199
eribulin mesylate 89
ERIVEDGE 79
ERLEADA 71
erlotinib hcl 78
errin 121
ERTACZO 134
ertapenem sodium 66
ERVEBO 253
ery 126
ERYGEL 126
ery-tab 175
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 175
erythromycin 126, 175, 227
erythromycin base 175
erythromycin ethylsuccinate 175
erythromycin lactobionate 175
escitalopram oxalate 43
ESKATA 136
esmolol hcl 106
ESMOLOL HCL 106
esmolol hcl-sodium chloride 106
esomeprazole magnesium 249, 250
esomeprazole sodium 250
ESPEROCT 159
estarylla 117
estazolam 169
estradiol 150, 256
estradiol valerate 150
estradiol-norethindrone acet 150
ESTROFACTORS 212
eszopiclone 169
ethacrynate sodium 140
ethacrynic acid 140
ethambutol hcl 69
ETHAMOLIN 207
ethosuximide 41
ethynodiol diac-eth estradiol 117
etodolac 20
etodolac er 20
etomidate 155
ETOPOPHOS 89
etoposide 89
etravirine 102
EUCRISA 135
EUFLEXXA 221
EULEXIN 71
euthyrox 247
EVAMIST 150
EVENITY 147
everolimus 81, 206
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER 181
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT 181
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER 181
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER 181
EVERSENSE SENSOR/HOLDER 181
EVERSENSE SMART TRANSMITTER 181

EVISTA 147
EVKEEZA 57
EVOMELA 90
EVOTAZ 100
EVOXAC 209
EVRYSDI 223
EXELDERM 134
EXELON 238
exemestane 86
ex-lax ultra 173
EXONDYS 51 223
EXTENCILLINE 236
EYLEA 232
EYLEA HD 232
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G 181
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G 181
E-Z JECT LANCETS 181
E-Z JECT LANCETS 21G 181
E-Z JECT LANCETS THIN 26G 181
ezetimibe 59
ezetimibe-simvastatin 59
EZ-LETS LANCETS 21G 181
EZ-LETS LANCETS 26G 182
EZ-LETS LANCETS 28G 182
EZ-LETS LANCETS 30G 182
fa-8 165
FABHALTA 161
FABRAZYME 143
falmina 117
famciclovir 105
famotidine 249
famotidine (pf) 249
famotidine premixed 249
FANAPT 96
FANAPT TITRATION PACK 96
FANTASY LUBRICATED 176
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 176
FARESTON 71
FARXIGA 49
FASENRA 34
FASENRA PEN 34
FASLODEX 86
FC2 FEMALE CONDOM 175
febuxostat 158
FEIBA 159
felbamate 40
felodipine er 108, 109
FEMARA 86
FEMCAP 175
FEMLYV 117
fenofibrate 58
fenofibrate micronized 58
fenofibric acid 58
FENSOLVI (6 MONTH) 145
fentanyl 24
fentanyl citrate 24
FENTANYL CITRATE (PF) 24
fentanyl citrate (pf) 24
fentanyl citrate pf 24
FENTANYL CITRATE PF 24
FERAHEME 166
FERRIPROX 51
FERRIPROX TWICE-A-DAY 51
FERRLECIT 166
ferumoxytol 166
fesoterodine fumarate er 251
FETROJA 116
FIBRICOR 58
FIBRYGA 159
FIFTY50 PEN NEEDLES 193
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 182
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 193
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G 182
FILSPARI 157
FILSUVEZ 138
FINACEA 136
finasteride 138, 156
FINGERSTIX LANCETS 182
fingolimod hcl 244
FINTEPLA 38
Finzala 117
FIRDAPSE 69
FIRMAGON 87
FIRMAGON (240 MG DOSE) 87
FIRVANQ 66
flac 233
FLAGYL 65
FLAREX 230
FLAVOVIT EAR HEALTH 219
flavoxate hcl 252
flecainide acetate 31
FLEET STIMULANT 173
FLEXBUMIN 162
FLOLAN 112
FLORAFOL PEDIATRIC 214
FLORIVA 201, 214
FLORIVA PLUS 214
floxuridine 72
FLUAD 253
FLUARIX 253
FLUBLOK 253
FLUCELVAX 253, 254
fluconazole 56
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE 56
fluconazole in sodium chloride 56
flucytosine 55
fludarabine phosphate 72
fludrocortisone acetate 124
FLULAVAL 254
flumazenil 52
FLUMIST 254
flunisolide 222
fluocinolone acetonide 132, 233
fluocinolone acetonide body 132
fluocinolone acetonide scalp 132
fluocinonide 132
fluocinonide emulsified base 132
fluorescein 228
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE 228
fluorescein-benoxinate 228
FLUORESCITE 228
fluoridex 208
fluoridex daily renewal 208
fluoridex enhanced whitening 208
fluorometholone 230
fluorouracil 72, 129
fluoxetine hcl 43
FLUOXETINE HCL 43
fluoxetine hcl (pmdd) 242
fluphenazine decanoate 98
fluphenazine hcl 98
flurandrenolide 132
FLURA-SAFE 228
flurazepam hcl 169
flurbiprofen 20
flurbiprofen sodium 229
fluticasone propionate 132, 222
fluticasone propionate diskus 35
fluticasone propionate hfa 35
fluticasone-salmeterol 32
fluvastatin sodium 59
fluvoxamine maleate 43
fluvoxamine maleate er 43
FLUZONE 254
FLUZONE HIGH-DOSE 254
FML FORTE 230
FML LIQUIFILM 230
focinvez 54
folate 165
FOLGARD OS 212
folic acid 165
FOLIVANE-OB 215
FOLOTYN 72
foltabs 800 165
fomepizole 52
fondaparinux sodium 37
FORA LANCETS 182
FORA LANCING DEVICE 182
FORANE 155
formaldehyde 100
formoterol fumarate 33
FORTEO 147
FOSAMAX 141
FOSAMAX PLUS D 141
fosamprenavir calcium 102
fosaprepitant dimeglumine 54
foscarnet sodium 103
FOSCAVIR 103
fosfomycin tromethamine 68
fosinopril sodium 61
fosinopril sodium-hctz 60
fosphenytoin sodium 41
FOSRENOL 154
FOTIVDA 81
FRAGMIN 37
fraiche 5000 dental 208
FREESTYLE INSULINX TEST 138
FREESTYLE LANCETS 182
FREESTYLE LITE TEST 139
FREESTYLE PRECISION NEO TEST 139
FREESTYLE TEST 139

FREESTYLE UNISTICK II LANCETS ... 182
fresenius propoven ... 155
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ... 172
frovatriptan succinate ... 199
FRUZAQLA ... 92
ft aspirin ... 23
ft aspirin low dose ... 22
ft b-100 complex pr ... 211
ft clearlax ... 171
ft folic acid ... 165
ft laxative ... 173
ft magnesium citrate ... 172
ft milk of magnesia ... 172
ft nicotine ... 243
ft nicotine mini ... 243
ft prenatal ... 215
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ... 209
fulvestrant ... 87
FUNGIMEZ ... 128
FUROSCIX ... 140
furosemide ... 140
FUZEON ... 101
FYARRO ... 81
fyavolv ... 150
FYCOMPA ... 37
fyremadel ... 143
g tussin ac ... 125
gabapentin ... 38
gabapentin (once-daily) ... 242
GALAFOLD ... 143
galantamine hydrobromide ... 238
galantamine hydrobromide er ... 238
Gallifrey ... 237
GALZIN ... 203
GAMASTAN ... 234
GAMIFANT ... 206
GAMUNEX-C ... 235
GANCICLOVIR ... 103
GANCICLOVIR SODIUM ... 103
ganciclovir sodium ... 103
GANIRELIX ACETATE ... 143
GARDASIL 9 ... 254
GASTROCROM ... 152
gatifloxacin ... 227
GATTEX ... 152
gavilax ... 171
GAVILYTE-C ... 170
gavilyte-g ... 170
Gavilyte-N With Flavor Pack ... 170
GAVRETO ... 82
GAZYVA ... 74
gefitinib ... 78
GELFILM ... 167
GEL-FLOW NT ... 168
GELFOAM ... 168
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 ... 168
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 ... 168
GELFOAM SPONGE ... 168
GELFOAM SPONGE SIZE 100 ... 168
GELFOAM SPONGE SIZE 200 ... 168
GELFOAM SPONGE SIZE 50 ... 168
GEL-ONE ... 221
GELSYN-3 ... 221
GEMCITABINE HCL ... 72
gemcitabine hcl ... 72
gemfibrozil ... 58
gemmily ... 117
GEMTESA ... 251
generlac ... 154
gengraf ... 204
GENOTROPIN ... 143
GENOTROPIN MINIQUICK ... 143
gentamicin in saline ... 17
gentamicin sulfate ... 17, 128, 227
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET ... 182
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) ... 182
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) ... 182
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) ... 182
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) ... 182
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) ... 182
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) ... 182
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) ... 182
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) ... 182
GENTEEL NOZZLES ... 182
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) ... 182
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) ... 182
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) ... 182
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) ... 182
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) ... 182
gentle laxative ... 172, 173
gentlelax ... 171
GENVOYA ... 100
GIAPREZA ... 257
GILENYA ... 244
GILOTRIF ... 78
GIMOTI ... 152
GIVLAARI ... 158
GLASSIA ... 245
glatiramer acetate ... 241
glatopa ... 241
GLEOSTINE ... 90
GLIADEL WAFER ... 90
glimepiride ... 50
glipizide ... 50
glipizide er ... 50
glipizide xl ... 50
glipizide-metformin hcl ... 50
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES ... 193
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR ... 193
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES ... 193
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR ... 193
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G ... 182
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G ... 182
GLOBAL INSULIN SYRINGES ... 193
global lancing device ... 182
GLOPERBA ... 158
GLUCAGON EMERGENCY ... 46
GLUCOCOM LANCETS 28G ... 182
GLUCOCOM LANCETS 30G ... 182
GLUCOCOM LANCETS 33G ... 182
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE ... 193
glyburide ... 50
glyburide micronized ... 50
glyburide-metformin ... 50
GLYCATE ... 250
glycine ... 156
glycine urologic ... 156
glycolax ... 171
GLYCOPHOS ... 201
glycopyrrolate ... 250
GLYCOPYRROLATE ... 250
GLYCOPYRROLATE PF ... 250
glycopyrrolate pf ... 250
glydo ... 135
GLYRX-PF ... 250
GLYXAMBI ... 49
gnp adult aspirin low strength ... 23
gnp aspirin ... 23
gnp aspirin low dose ... 23
gnp b-100 complex ... 211
gnp b-50 complex ... 211
gnp b-complex plus vitamin c ... 209
gnp clearlax ... 171
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES ... 194
gnp essential one daily ... 212
gnp folic acid ... 165
gnp gentle laxative ... 173
GNP INSULIN SYRINGE ... 194
GNP INSULIN SYRINGES ... 194
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" ... 194
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" ... 194
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" ... 194
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" ... 194
GNP LANCETS 21G ... 182
GNP LANCETS THIN 26G ... 182
GNP LANCING SYSTEM DEVICE ... 182
gnp magnesium citrate ... 172
gnp milk of magnesia ... 172
gnp nicotine ... 243
gnp nicotine mini ... 243
gnp nicotine polacrilex ... 243
GNP PRENATAL ... 215
GNP STERILE LANCETS 28G ... 182
GNP STERILE LANCETS 30G ... 183

GNP STERILE LANCETS 33G 183
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 194
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 194
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 194
gnp womens gentle laxative 173
GOCOVRI 93
gohibic 161
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP 183
GOJJI STERILE LANCETS 183
GONAL-F 146
GONAL-F RFF 146
GONAL-F RFF REDIJECT 146
goodsense aspirin 23
goodsense aspirin low dose 23
goodsense bisacodyl ec 173
goodsense bisacodyl laxative 173
goodsense clearlax 171
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 194
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G 183
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV 183
GOODSENSE LANCETS 30G 183
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV 183
GOODSENSE LANCETS 33G 183
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV 183
goodsense lancing device 183
goodsense magnesium citrate 172
goodsense milk of magnesia 172
goodsense nicotine 243
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 194
GOPRELTO 221
GRALISE 242
granisetron hcl 53
GRANIX 166
GRASTEK 16
griseofulvin microsize 55
griseofulvin ultramicrosize 55
guaifenesin-codeine 125
guanfacine hcl 63
guanfacine hcl er 13
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR .. 183
GUARDIAN 4 TRANSMITTER 183
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER 183
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER 183
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED 183
GUARDIAN SENSOR (3) 183
GUARDIAN SENSOR 3 183
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 46
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 46
GVOKE KIT 46
GVOKE PFS 46
GYNAZOLE-1 255
habitrol 243
HAEGARDA 160
HAEMOLANCE 183
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS 183
HAEMOLANCE PLUS 183
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW 183
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW . 183
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW . 183
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW 183
hailey 1.5/30 117
hailey 24 fe 117
hailey fe 1.5/30 117
hailey fe 1/20 117
HALAVEN 89
halcinonide 132
HALCION 169
halobetasol propionate 133
haloperidol 97
haloperidol decanoate 97
haloperidol lactate 97
HARVONI 104
HAVRIX 254
HEALON DUET PRO 231
HEALON GV PRO 231
HEALON PRO 231
HEALON5 PRO 231
HEALTH CARE LANCING DEVICE 183
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 194
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 194
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 194
healthy hair/skin/nails 212
healthylax 171
heather 121
h-e-b aspirin 23
h-e-b incontrol adv lancing 183
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G 183
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G 183
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G 183
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 194
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 194
HECTOROL 144
HELIDAC THERAPY 250
HEMABATE 233
HEMADY 123
HEMANGEOL 107
HEMLIBRA 158
HEMOFIL M 159
HEPAGAM B 235
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 37
HEPLISAV-B 254
HEPZATO W/50MM CATHETER 90
HEPZATO W/62MM CATHETER 90
HER STYLE 120
HERCEPTIN 75
HERCEPTIN HYLECTA 84
HERZUMA 75
hetastarch-nacl 162
HETLIOZ LQ 170
HEXATRIONE 123
HEXTEND 162
HIBERIX 252
hidex 6-day 123
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN .. 212
HIPREX 68
HIZENTRA 235
hm clearlax 171
hm milk of magnesia 172
hm nicotine polacrilex 243
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 194
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 194
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 194
HUMALOG 47
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 47
HUMALOG KWIKPEN 47
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 47
HUMALOG MIX 75/25 47
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 47
HUMATE-P 159
HUMATIN 17
HUMATROPE 143, 144
HUMIRA (2 PEN) 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 221
HYCAMTIN 92
HYCODAN 125
hydralazine hcl 64
HYDREA 85
hydrochlorothiazide 140
hydrocod poli-chlorphe poli er 126
hydrocodone bitartrate er 24
hydrocodone bit-homatrop mbr 125
hydrocodone-acetaminophen 24
hydrocodone-ibuprofen 24
hydrocortisone 28, 123, 133
hydrocortisone (perianal) 29
hydrocortisone ace-pramoxine 29
hydrocortisone butyrate 133
hydrocortisone sod suc (pf) 123
hydrocortisone valerate 133
hydrocortisone-acetic acid 233
hydromet 125

hydromorphone hcl 24
hydromorphone hcl er 24
HYDROMORPHONE HCL PF 25
hydromorphone hcl pf 25
hydroxocobalamin acetate 164
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 69
hydroxychloroquine sulfate 69
hydroxyurea 85
hydroxyzine hcl 30
hydroxyzine pamoate 30
HYFTOR 135
HYLENEX 204
HYMOVIS 221
HYPERHEP B 235
HYPERRAB 235
HYPERRHO S/D 235
HYPERSAL 125
HYPERTET 235
HYPOLANCE AST LANCING 183
HY-VEE LANCETS 183
HY-VEE THIN LANCETS 183
ibandronate sodium 141
IBRANCE 86
ibu 20
ibuprofen 20
ibuprofen lysine 20
ibutilide fumarate 31
icatibant acetate 160
iclevia 120
ICLUSIG 76
IDAMYCIN PFS 84
idarubicin hcl 84
IDELVION 159
IDHIFA 88
IFEX 90
ifosfamide 90
IFOSFAMIDE 90
IGALMI 170
IHEALTH LANCING DEVICE 183
IHEEZO 229
ILARIS 19
ILEVRO 229
ILIDERM 135
ILUVIEN 230
imatinib mesylate 76
IMBRUVICA 78
IMCIVREE 15
IMDELLTRA 77
IMFINZI 76
imipenem-cilastatin 65
imipramine hcl 45
imipramine pamoate 45
imiquimod 134
imiquimod pump 134
IMJUDO 74
IMMPHENTIV 257
IMOGAM RABIES-HT 235
IMOVAX RABIES 254
IMPAVIDO 65
IMURAN 207
IN TOUCH LANCING DEVICE 184
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G 184
inatal gt 215
INBRIJA 94
incassia 121
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 194
INCRELEX 145
indapamide 140
INDERAL XL 107
indomethacin 20
indomethacin er 20
indomethacin sodium 20
INFANRIX 248
INFED 166
INFLIXIMAB 155
INFUMORPH 200 25
INFUMORPH 500 25
INFUVITE ADULT 212
INFUVITE PEDIATRIC 214
INGREZZA 239
INLYTA 92
INNOPRAN XL 107
INQOVI 84
INREBIC 88
INSPRA 64
INSTAT 168
INSULIN LISPRO 47
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 47
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 47
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 48
INSULIN SYRINGE 194
insulin syringe-needle u-100 194
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 194
INSUPEN PEN NEEDLES 194
INTELENCE 102
INTERCEED 168
INTERCEED (TC7) 168
INTRALIPID 225
INTRAROSA 255
introvale 120
INVEGA HAFYERA 96
INVEGA SUSTENNA 96
INVEGA TRINZA 96
INVELTYS 230
IONOSOL-MB IN D5W 200
IOPIDINE 230
IPOL 254
ipratropium bromide 34, 222
ipratropium-albuterol 32
irbesartan 63
irbesartan-hydrochlorothiazide 62
IRESSA 78
irinotecan hcl 92
ISENTRESS 101
ISENTRESS HD 101
isibloom 117
isoflurane 155
ISOLYTE-P IN D5W 200
ISOLYTE-S 200
ISOLYTE-S PH 7.4 200
isoniazid 69
isoproterenol hcl 33
ISORDIL TITRADOSE 29
isosorb dinitrate-hydralazine 111
isosorbide dinitrate 29
isosorbide mononitrate 29
isosorbide mononitrate er 29
isotretinoin 127
isradipine 109
ISTODAX 79
ISTURISA 142
ITOVEBI 91
itraconazole 56
ivabradine hcl 114
ivermectin 29, 136
IWILFIN 90
IXCHIQ 254
IXEMPRA KIT 89
IXIARO 254
IXINITY 159
IYUZEH 232
IZERVAY 228
jaimiess 121
JAKAFI 88
jantoven 36
JANUMET 46
JANUMET XR 46
JANUVIA 46
JARDIANCE 49
jasmiel 117
JATENZO 28
Javygtor 147
JAYPIRCA 78
JELMYTO 84
JEMPERLI 75
jencycla 122
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL 215
JEUVEAU 134
JEVTANA 89
jinteli 150
JIVI 159
JOENJA 203
jolessa 121
Joyeaux 117
JUBLIA 134
juleber 117
JULUCA 100
junel 1.5/30 117
junel 1/20 117
junel fe 1.5/30 117
junel fe 1/20 117
junel fe 24 118
JUXTAPID 59
JYLAMVO 72
JYNARQUE 148
JYNNEOS 254
KABIVEN 225
KADCYLA 84
kaitlib fe 118
KALBITOR 162
kalliga 118
KALYDECO 245
KAMELEON LUBRICATED 176
KANJINTI 75

KANUMA 145
KAPSPARGO SPRINKLE 106
KARDIAMEMBRANE 137
kariva 116
KATERZIA 109
KCENTRA 159
kcl (0.149%) in nacl 200
kcl (0.298%) in nacl 200
kcl in dextrose-nacl 200
KCL IN DEXTROSE-NACL 200
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 200
KEDBUMIN 162
KEDRAB 235
kelnor 1/35 118
kelnor 1/50 118
KENALOG-10 123
KENALOG-40 123
KENALOG-80 123
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS 138
KENGREAL 161
KEPIVANCE 86
KERENDIA 146
KESIMPTA 240
KETALAR 155
ketamine hcl 155
ketoconazole 55, 134
ketodan 134
ketoprofen er 20
ketorolac tromethamine 20, 229
KETOROLAC TROMETHAMINE 20
KEYTRUDA 75
KHAPZORY 87
KIMMTRAK 77
kimono 176
KIMONO COLORS 176
KIMONO MAXX-LARGE FLARE 176
kimono micro thin 176
kimono micro thin plus 176
kimono plus 176
kimono ps 176
kimono ps plus 176
kimono sensation 176
kimono sensation plus 176
KIMONO SPECIAL 176
KIMYRSA 66
KINNEY LANCETS 184
KINNEY THIN LANCETS 184
KINRAY INSULIN SYRINGE 194
KINRIX 248
KISQALI (200 MG DOSE) 86
KISQALI (400 MG DOSE) 86
KISQALI (600 MG DOSE) 86
KLARON 126
Klayesta 128
KLISYRI (250 MG) 135
KLISYRI (350 MG) 135
klor-con 202
klor-con 10 201
klor-con m10 202
klor-con m15 202
klor-con m20 202
KLOXXADO 52
kls aspirin low dose 23
kls laxaclear 171
kls quit2 243
kls quit4 243
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G 194
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G 194
KOATE 159
KOATE-DVI 159
kobee 210
KOGENATE FS 159
KORSUVA 207
KOSELUGO 80
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 215
Kourzeq 209
KOVALTRY 159
kp aspirin 23
kp b complex-c 209
kp bisacodyl 173
kp folic acid 165
KP PRENATAL MULTIVITAMINS 215
K-PHOS 201
K-PHOS NO 2 157
K-PHOS-NEUTRAL 201
KPN PRENATAL 215
KRAZATI 80
KRINTAFEL 69
KRISTALOSE 171
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE 184
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G 184
KROGER INSULIN SYRINGE 194
KROGER LANCETS 184
KROGER LANCETS 21G 184
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G 184
KROGER LANCETS SUPER THIN 184
KROGER LANCETS THIN 184
KROGER LANCETS THIN 26G 184
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G 184
kroger lancing device 184
KROGER PEN NEEDLES 194
KRYSTEXXA 158
K-TAB 202
kurvelo 118
KYLEENA 121
KYPROLIS 82
labetalol hcl 106
lacosamide 38, 39
lactated ringers 200, 205
LACTULOSE 171
lactulose 171
lactulose encephalopathy 154
LAGEVRIO 105
lamivudine 102, 104
lamivudine-zidovudine 100
lamotrigine 39
lamotrigine er 39
lamotrigine starter kit-blue 39
lamotrigine starter kit-green 39
lamotrigine starter kit-orange 39
LAMPIT 65
LAMZEDE 141
lancet device 184
lancet device with ejector 184
LANCETS 184
LANCETS 30G 184
LANCETS 33G 184
LANCETS MICRO THIN 33G 184
LANCETS SUPER THIN 184
LANCETS SUPER THIN 28G 184
LANCETS THIN 184
LANCETS ULTRA THIN 184
LANCETS ULTRA THIN 30G 184
lancing device 184
LANOXIN 111
LANOXIN PEDIATRIC 111
LANREOTIDE ACETATE 148
lansoprazole 250
lanthanum carbonate 154
LANTUS 48
LANTUS SOLOSTAR 48
LANZO 184
lapatinib ditosylate 81
larin 1.5/30 118
larin 1/20 118
larin 24 fe 118
larin fe 1.5/30 118
larin fe 1/20 118
LASIX 140
latanoprost 232
LATISSE 136
LAVARE WOUND WASH 138
laxative 173
layolis fe 118
LAZCLUZE 78
leader advanced lancing device 184
LEADER INSULIN SYRINGE 194
LEADER UNIFINE PENTIPS 194
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 195
leena 122
leflunomide 21
LEMTRADA 240
lenalidomide 205
LENTOCILIN 236
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 92
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 93
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 93
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 93
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 93
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 93
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 93
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 93
LEQVIO 60
lessina 118
letrozole 86
leucovorin calcium 87
LEUKERAN 90
LEUKINE 166
leuprolide acetate 88
leuprolide acetate (3 month) 88
levalbuterol hcl 33
levalbuterol tartrate 33

levamlodipine maleate 109
levetiracetam 39
levetiracetam er 39
LEVETIRACETAM IN NACL 39
levobunolol hcl 225
levocarnitine 142
levocarnitine sf 142
levocetirizine dihydrochloride 57
levofloxacin 151, 227
levofloxacin in d5w 151
levoleucovorin calcium 87
levoleucovorin calcium pf 87
levonest 122
levonorgest-eth est & eth est 121
levonorgest-eth estrad 91-day 121
levonorgest-eth estradiol-iron 118
levonorgestrel 120
levonorgestrel-ethinyl estrad 118, 120
levonorg-eth estrad triphasic 122
LEVOPHED 257
levora 0.15/30 (28) 118
levorphanol tartrate 25
levo-t 247
LEVOTHYROXINE SODIUM 247
levothyroxine sodium 247
levoxyl 247
LEVULAN KERASTICK 136
l-glutamine 164
LIBERTY MEDICAL LANCETS 184
LIBERTY MINI LANCING DEVICE 184
LIBRAX 249
LIBTAYO 75
lidocaine 135
lidocaine hcl 135, 174, 208
lidocaine hcl (cardiac) 31
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF 31
lidocaine hcl (cardiac) pf 31
lidocaine hcl (pf) 174
lidocaine hcl urethral/mucosal 135
lidocaine in d5w 31
lidocaine viscous hcl 208
lidocaine-epinephrine 173
lidocaine-epinephrine (pf) 173
lidocaine-prilocaine 138
LILETTA (52 MG) 121
LINCOCIN 67
lincomycin hcl 67
linezolid 68
linezolid in sodium chloride 68
LINZESS 152
liothyronine sodium 248
lipo flavonoid plus 219
LIPOFEN 58
lipoflavovit 219
LIPOTRIAD 219
liraglutide 48
lisdexamfetamine dimesylate 13, 14
lisinopril 61
lisinopril-hydrochlorothiazide 60
LITE TOUCH LANCETS 184
LITE TOUCH LANCING PEN 184
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 195
LITETOUCH LANCETS 184
LITETOUCH PEN NEEDLES 195
lithium 95
lithium carbonate 95
lithium carbonate er 95
LITHOSTAT 157
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN 184
LIVMARLI 153
LIVTENCITY 103
lmd in d5w 162
lmd in nacl 162
LO LOESTRIN FE 116
LODINE 20
LODOSYN 94
loestrin 1.5/30 (21) 118
loestrin 1/20 (21) 118
loestrin fe 1.5/30 118
loestrin fe 1/20 118
lofexidine hcl 237
lojaimiess 121
LOKELMA 207
LOMAIRA 14
LOMOTIL 51
LONGS INSULIN SYRINGE 195
LONGS LANCETS STANDARD 184
LONGS LANCETS THIN 185
LONGS LANCETS ULTRA THIN 185
LONSURF 84
loperamide hcl 51
LOPID 58
lopinavir-ritonavir 100
LOQTORZI 75
lorazepam 30
lorazepam intensol 30
LORBRENA 73
loryna 118
losartan potassium 63
losartan potassium-hctz 62
LOTEMAX 230
LOTEMAX SM 230
LOTENSIN 61
LOTENSIN HCT 60
loteprednol etabonate 231
lovastatin 59
low-ogestrel 118
loxapine succinate 97, 98
lo-zumandimine 118
lubiprostone 152
LUCENTIS 232
LUGOLS STRONG IODINE 100
luliconazole 134
LUMAKRAS 80
LUMIGAN 232
LUMIZYME 143
LUNSUMIO 77
LUPKYNIS 204
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 88
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 88
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 88
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 89
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 145
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 145
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 145
lurasidone hcl 95, 96
LUTATHERA 85
lutera 118
LUZU 134
LYBALVI 245
lyleq 122
lyllana 150
LYNPARZA 91
LYSODREN 71
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 79
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 79
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 79
LYUMJEV 48
LYUMJEV KWIKPEN 48
lyza 122
MACROBID 68
MACRODANTIN 68
mafenide acetate 131
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 195
magnesium citrate 172
MAGNESIUM SULFATE 201
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 201
MALARONE 68
malathion 136
manganese chloride 201
mannitol 140
MARATHON MEDICAL PENTIPS 195
maraviroc 101
MARCAINE 174
MARCAINE PRESERVATIVE FREE 174
MARCAINE/EPINEPHRINE 173
MARCAINE/EPINEPHRINE PF 173
MAR-COF CG EXPECTORANT 125
MARGENZA 75
MARINOL 54
marlissa 118
MARPLAN 43
MASONATAL 215
MATULANE 85
matzim la 109
MAVENCLAD (10 TABS) 239
MAVENCLAD (4 TABS) 239
MAVENCLAD (5 TABS) 239
MAVENCLAD (6 TABS) 239
MAVENCLAD (7 TABS) 240
MAVENCLAD (8 TABS) 240
MAVENCLAD (9 TABS) 240
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 195
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 195
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 195
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 195
MAXIDEX 231
MAXITROL 230
maxi-tuss ac 125
MAXI-TUSS CD 126
maxx 176
maxx plus 176
MAYZENT 244
MAYZENT STARTER PACK 244
meclizine hcl 54

meclofenamate sodium 20
MEDIC INSULIN SYRINGE 195
MEDICHOICE SAFETY LANCET 185
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA 185
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM 185
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 195
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G 185
MEDLANCE PLUS LITE 25G 185
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM 185
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G 185
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G 185
MEDROL 123
medroxyprogesterone acetate 121, 237
mefenamic acid 20
mefloquine hcl 69
mega multiple/chelated mineral 219
megestrol acetate 91, 237
MEIJER LANCETS 185
MEIJER LANCETS THIN 185
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G 185
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G 185
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G 185
MEIJER PEN NEEDLES 195
MEIJER SUPER THIN LANCETS 185
MEKINIST 80
MEKTOVI 80
meloxicam 20
melphalan hcl 90
memantine hcl 241
memantine hcl er 241
MENEST 151
MENOPUR 146
MENOSTAR 151
MENQUADFI 252
MENVEO 252
meperidine hcl 25
meprobamate 30
MEPRON 65
MEPSEVII 146
mercaptopurine 72
meropenem 66
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 66
merzee 118
mesalamine 153
mesalamine er 153
mesalamine-cleanser 153
mesna 92
MESNEX 92
MESTINON 69
metformin hcl 46
metformin hcl er 45, 46
METHADONE HCL 25
methadone hcl 25
methadone hcl intensol 25
METHADOSE 25
methadose 25
METHADOSE SUGAR-FREE 25
methazolamide 139
methenamine hippurate 68
methergine 234
methimazole 247
methocarbamol 220
methotrexate sodium 72
methotrexate sodium (pf) 72
methoxsalen rapid 129
methscopolamine bromide 250
methsuximide 41
methyldopa 63
methylene blue 52
methylene blue (antidote) 52
methylergonovine maleate 234
methylphenidate 16
methylphenidate hcl 16
methylphenidate hcl er 16
methylphenidate hcl er (cd) 15
methylphenidate hcl er (la) 15
methylphenidate hcl er (osm) 15, 16
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) 16
methylphenidate hcl er (xr) 16
methylprednisolone 123, 124
methylprednisolone sodium succ 124
metoclopramide hcl 152
metolazone 140
metoprolol succinate er 106
metoprolol tartrate 106
metoprolol-hydrochlorothiazide 64
METROCREAM 136
METRONIDAZOLE 65
metronidazole 65, 136, 256
metyrosine 62
mexiletine hcl 31
MI PASTE 177
MI PASTE PLUS 177
MIACALCIN 142
Mibelas 24 Fe 118
MICAFUNGIN SODIUM 55
micafungin sodium-nacl 55
miconazole 3 255
miconazole-zinc oxide-petrolat 128
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 235
MICRODOT PEN NEEDLE 195
microgestin 1.5/30 118
microgestin 1/20 118
microgestin fe 1.5/30 118
microgestin fe 1/20 118
MICROLET LANCETS 185
MICROLET NEXT LANCING DEVICE 185
midazolam hcl 169
midazolam hcl (pf) 169
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE 169
midazolam-sodium chloride (pf) 169
midodrine hcl 257
MIFEPREX 141
mifepristone 49, 141
migergot 199
miglitol 45
miglustat 164
mili 118
milk of magnesia 172
milrinone lactate 111
milrinone lactate in dextrose 111
mimvey 150
mineral oil heavy 171
mini lancing device 185
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER 185
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS 185
MINOCIN 247
minocycline hcl 247
minoxidil 64
MIOCHOL-E 226
MIOSTAT 226
mirabegron er 251
MIRAPEX ER 95
MIRCERA 165
MIRENA (52 MG) 121
mirtazapine 42
MIRVASO 136
misoprostol 251
mitigo 25
mitomycin 84, 227
MITOSOL 227
mitoxantrone hcl 84
mm aspirin 23
mm clearlax 171
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 195
MM LANCING DEVICE 185
MM PEN NEEDLES 195
MM TWIST LANCETS 185
M-M-R II 253
M-NATAL PLUS 215
modafinil 16
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y 254
moexipril hcl 61
molindone hcl 98
mometasone furoate 133, 222
mondoxyne nl 247
MONJUVI 73
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY 174
monoject flush syringe 202
MONOJECT INSULIN SYRINGE 195
monoject sodium chloride flush 202
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 195
MONOLET LANCETS 185
MONOLET OPD LANCETS 185
MONOLETTOR SAFETY LANCETS 185
mono-linyah 118
MONOVISC 221
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 51
MOUNJARO 48
MOVANTIK 154
MOXIFLOXACIN HCL 151
moxifloxacin hcl 151, 227
moxifloxacin hcl (2x day) 227
moxifloxacin hcl in nacl 151
MOZOBIL 164
MRESVIA 254
MS INSULIN SYRINGE 195
MULPLETA 166
MULTAQ 32
MULTI PRENATAL 215
multi vitamin 212
MULTI VITAMIN W/D-3 212
multi-lancet device 185
MULTI-LANCET DEVICE 2 185
multiple electro type 1 ph 5.5 200
multiple electro type 1 ph 7.4 200
multiple vitamin-folic acid 213
multiple vitamins 213
multiple vitamins essential 213
multiple vitamins/iron 211
MULTITRACE-4 PEDIATRIC 202
MULTIVITAMIN 213
multi-vitamin 213
multivitamin adult 213
multivitamin iron-free 213
multivitamin plus iron adult 212
multivitamin w/fluoride 214
multivitamin/fluoride 214
multi-vitamin/fluoride 214
multi-vitamin/fluoride/iron 214
multi-vitamin/iron 212
MULTI-VIT-FLOR 214
MULTRYS 202
mupirocin 128
mutamycin 84
MVASI 93
my choice 120
my way 120
MYALEPT 145
MYCAMINE 55
MYCAPSSA 148
mycophenolate mofetil 205
mycophenolate mofetil hcl 205
mycophenolate sodium 205
mycophenolic acid 205
MYDCOMBI 226
MYDRIACYL 226
MYFEMBREE 150
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G 185
MYHIBBIN 205
MYLERAN 70
MYLOTARG 74
MYOBLOC 223
MYRBETRIQ 251
MYTESI 51
MYXREDLIN 48
na ferric gluc cplx in sucrose 166
na sulfate-k sulfate-mg sulf 170
NABI-HB 235
nabumetone 20
nadolol 107
nafcillin sodium 237
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE 237
naftifine hcl 128
NAFTIN 128
NAGLAZYME 146
nalbuphine hcl 27
nalmefene hcl 52
naloxone hcl 52
naltrexone hcl 52
NAMENDA TITRATION PAK 241
NAMZARIC 238
naproxen 20, 21
naproxen dr 20
naproxen sodium 21
naratriptan hcl 199
NARDIL 43
NAROPIN 174
NATACYN 227
natal pnv 215
NATALVIT 215
nateglinide 49
NATESTO 28
NATROBA 136
nat-rul b-50 219
nat-rul daily-vite+iron 212
nebivolol hcl 106
NEBUPENT 65
Nebusal 125
necon 0.5/35 (28) 118
NEEVO DHA 215
nefazodone hcl 44
nelarabine 72
NEOMULTIVITE 213
neomycin sulfate 17
neomycin-bacitracin zn-polymyx 227
neomycin-polymyxin b gu 156
neomycin-polymyxin-dexameth 230
neomycin-polymyxin-gramicidin 227
neomycin-polymyxin-hc 230, 233
NEONATAL COMPLETE 215
NEONATAL PLUS 215
neonatal prenatal 215
NEONATAL VITAMIN 216
neo-polycin 227
neo-polycin hc 230
NEOPROFEN 21
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE 69
NEO-SYNALAR 127
NEOX 100 137
NEOX CORD 1K 137
nephro vitamins 210
NEPHRO-VITE 210
NERLYNX 81
NESACAINE 174
NESACAINE-MPF 174
NESTABS 216
NESTABS DHA 216
NESTABS ONE 218
neuac 127
NEULASTA 166
NEULASTA ONPRO 166
NEUPRO 95
NEVANAC 229
nevirapine 102
nevirapine er 102
new day 120
NEXAVAR 81
NEXIUM I.V. 250
NEXLETOL 57
NEXLIZET 57
NEXOBRID 133
NEXPLANON 121
NEXTERONE 32
NEXVIAZYME 143
niacin (antihyperlipidemic) 59
niacin er (antihyperlipidemic) 59
niacor 59
nicardipine hcl 109
NICARDIPINE HCL IN NACL 109
NICODERM CQ 243
NICORETTE 243
NICORETTE MINI 243
NICORETTE STARTER KIT 243
NICOTINE 244
nicotine 244
nicotine mini 243
nicotine polacrilex 243
nicotine polacrilex mini 243
nicotine step 1 243
nicotine step 2 244
nicotine step 3 244
NICOTROL 244
NICOTROL NS 244
nifedipine 109
nifedipine er 109
nifedipine er osmotic release 109
nikki 118
nilutamide 71
nimodipine 109
NINJACOF-XG 125
NINLARO 82
NIPENT 85
NIPRIDE RTU 64
nisoldipine er 109
nitazoxanide 65
NITHIODOTE 51
nitisinone 144
NITRO-BID 29
NITRO-DUR 29
nitrofurantoin 68
nitrofurantoin macrocrystal 68
nitrofurantoin monohyd macro 68
nitroglycerin 28, 30
NITROGLYCERIN 29
nitroglycerin in d5w 29
NITROLINGUAL 30
nitroprusside sodium 64
nitroprusside sodium-nacl 64
NITROSTAT 30
NITYR 144

NIVA-PLUS 216
nizatidine 249
NOCDURNA 149
nora-be 122
norelgestromin-eth estradiol 119
norethin ace-eth estrad-fe 119
norethindrone 122
norethindrone acetate 237
norethindrone acet-ethinyl est 119
norethindrone-eth estradiol 150
norethindron-ethinyl estrad-fe 122
norethin-eth estradiol-fe 119
norgesic 220
norgestimate-eth estradiol 119
norgestim-eth estrad triphasic 122
NORLIQVA 109
norlyroc 122
normal saline flush 202
NORMOSOL-M IN D5W 200
NORMOSOL-R 200
NORMOSOL-R IN D5W 200
NORMOSOL-R PH 7.4 200
NORPACE 31
NORPACE CR 31
NORPRAMIN 45
nortrel 0.5/35 (28) 119
nortrel 1/35 (21) 119
nortrel 1/35 (28) 119
nortrel 7/7/7 122
nortriptyline hcl 45
NORVIR 102
NOURIANZ 93
NOVA SAFETY LANCETS 23G 185
NOVA SAFETY LANCETS 28G 185
NOVA SUREFLEX LANCETS 185
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE 185
NOVAREL 147
novavax covid-19 vaccine 254
novite 213
NOVOEIGHT 159
NOVOFINE PEN NEEDLE 195
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 195
NOVOSEVEN RT 159
NOXAFIL 56
np thyroid 248
NPLATE 167
NUBEQA 71
NUCALA 34
NUCYNTA 26
NUEDEXTA 242
NULIBRY 146
NULOJIX 207
NUMBRINO 221
NUPLAZID 96
NURTEC 198
NUTRILIPID 225
NUVARING 120
NUVESSA 256
NUWIQ 159
NUZYRA 246
nyamyc 128
nylia 1/35 119
nylia 7/7/7 122
NYMALIZE 109
nystatin 55, 128, 208
nystatin-triamcinolone 128
nystop 128
OB COMPLETE 216
OB COMPLETE ONE 216
OB COMPLETE PETITE 216
OB COMPLETE PREMIER 216
OB COMPLETE/DHA 216
obizur 159
OCALIVA 151
ocella 119
OCTAGAM 235
OCTAPLAS BLOOD GROUP A 162
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB 162
OCTAPLAS BLOOD GROUP B 162
OCTAPLAS BLOOD GROUP O 163
octreotide acetate 148
OCUFLOX 227
ODACTRA 17
ODEFSEY 100
ODOMZO 79
OFEV 246
ofloxacin 151, 227, 233
OGIVRI 75
OGSIVEO 79
OHTUVAYRE 35
OJEMDA 77
OJJAARA 88
olanzapine 99
olanzapine-fluoxetine hcl 245
OLINVYK 26
olmesartan medoxomil 63
olmesartan medoxomil-hctz 62
olmesartan-amlodipine-hctz 63
olopatadine hcl 222
OLPRUVA (2 GM DOSE) 148
OLPRUVA (3 GM DOSE) 148
OLPRUVA (4 GM DOSE) 148
OLPRUVA (5 GM DOSE) 148
OLPRUVA (6 GM DOSE) 148
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) 148
OMECLAMOX-PAK 251
omega-3-acid ethyl esters 57
OMEGAVEN 225
omeprazole 250
OMIDRIA 231
OMNICAP 213
OMNIFLEX DIAPHRAGM 177
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 190
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 191
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 191
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 191
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 191
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) ... 191
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 191
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 191
ONCASPAR 85
once daily 213
ondansetron 53
ondansetron hcl 53
one daily 213
one daily essential 213
one daily essentials 213
one daily multivitamin adult 213
one daily multivitamin/iron 212
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN 213
ONE VITE WOMENS 216
ONE VITE WOMENS PLUS 216
one-daily multi vitamins 213
one-daily multi-vitamin 213
one-daily multi-vitamin/iron 212
one-daily/iron 212
ONELAX MAGNESIUM CITRATE .. 172
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G 185
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G 185
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING 186
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING 186
ONETOUCH ULTRA 139
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST 139
ONETOUCH ULTRA TEST 139
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS 186
ONETOUCH VERIO 139
ONGENTYS 95
ONIVYDE 92
ONPATTRO 242
ONTRUZANT 75
ONUREG 72
opcicon one-step 120
OPDIVO 75
OPDUALAG 73
OPFOLDA 143
OPILL 122
OPSUMIT 113
OPSYNVI 111
option 2 120
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 255
OPVEE 52
OPZELURA 131
ORABLOC 174
ORALAIR 17
oralone 209
ORAPRED ODT 124
ORAVIG 208
ORBACTIV 66
ORENITRAM 112
ORENITRAM MONTH 1 112
ORENITRAM MONTH 2 112
ORENITRAM MONTH 3 112
ORFADIN 144
ORGOVYX 87
ORIAHNN 150
ORILISSA 143
ORKAMBI 245
ORLADEYO 162
orlistat 15

Ormalvi 139
orphenadrine citrate 220
orphenadrine citrate er 220
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE 220
orphengesic forte 220
ORSERDU 91
ORTHOVISC 221
oseltamivir phosphate 105
osmitrol 140
OSMOLEX ER 94
OSPHENA 147
OTEZLA 21
OTOVEL 233
OVIDE 136
OVIDREL 147
oxacillin sodium 237
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE 237
oxaliplatin 70
oxaprozin 21
oxazepam 31
oxcarbazepine 39
oxcarbazepine er 39
OXERVATE 229
oxiconazole nitrate 134
OXISTAT 134
OXLUMO 157
oxybutynin chloride 251
oxybutynin chloride er 251
oxycodone hcl 26
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ...26
oxycodone-acetaminophen 26
oxymorphone hcl 26
oxymorphone hcl er 26
oxytocin 234
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 48
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 48
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 48
OZURDEX 231
pacerone 32
paclitaxel 89
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART 89
PADCEV 75
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) .. 17
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) 17
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) .. 17
PALFORZIA INITIAL ESCALATION 17
PALINGEN FLOW 137
PALINGEN HYDROMEMBRANE 137
PALINGEN INOVOFLO 137
PALINGEN MEMBRANE 137
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE 137
PALINGEN XPLUS MEMBRANE 137
paliperidone er 96
PALONOSETRON HCL 53
palonosetron hcl 53
PALYNZIQ 147
PAMELOR 45
pamidronate disodium 141
PAMIDRONATE DISODIUM 141
PANCREAZE 139
PANHEMATIN 161
PANRETIN 129
pantoprazole sodium 250
pantoprazole sodium-nacl 250
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER 186
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER 120
paraplatin 70
paricalcitol 144
PARLODEL 94
PARNATE 43
paroxetine hcl 43
paroxetine hcl er 43
paroxetine mesylate 245
PARSABIV 142
PAVBLU 232
PAXIL 43
PAXLOVID (150/100) 103
PAXLOVID (300/100) 103
pazopanib hcl 81
PC UNIFINE PENTIPS 195
PEDIAPRED 124
PEDIARIX 248
PEDMARK 90
PEDVAX HIB 252
peg 3350 171
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 170
peg-3350/electrolytes 170
peg-3350/electrolytes/ascorbat 170
PEGASYS 104
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 170
PEG-PREP 170
PEMAZYRE 79
pemetrexed 72
pemetrexed dipotassium 72
pemetrexed disodium 72
pemetrexed ditromethamine 72
PEMFEXY 72
PEMGARDA 234
PEMRYDI RTU 72
pen needle/5-bevel tip 195
PEN NEEDLES 195
PEN NEEDLES 5/16" 195
PENBRAYA 252
penciclovir 130
penicillamine 203
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 236
penicillin g potassium 236
penicillin g sodium 236
penicillin v potassium 236
PENTACEL 248
PENTAM 65
pentamidine isethionate 65
PENTASA 153
pentazocine-naloxone hcl 27
PENTIPS 195
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES .195
pentobarbital sodium 169
pentoxifylline er 161
PEPCID 249
PERFECT LANCETS 28G 186
PERFECT LANCETS 30G 186
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 186
PERFOROMIST 33
PERIDEX 208
PERIKABIVEN 225
perindopril erbumine 61
periogard 208
PERJETA 75
permethrin 136
perphenazine 98
perphenazine-amitriptyline 241
PERSERIS 96
PERTZYE 139
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y 254
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y 254
pfizerpen 236
PHARMACIST CHOICE LANCETS . 186
PHARMACY COUNTER LANCETS 186
PHEBURANE 149
phendimetrazine tartrate 14
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER 14
phenelzine sulfate 43
PHENERGAN 57
phenobarbital 169
phenobarbital sodium 169
phenoxybenzamine hcl 62
phentermine hcl 14
phentolamine mesylate 62
phenylephrine hcl 226
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) 257
phenylephrine hcl (pressors) 257
PHENYTEK 41
phenytoin 41
phenytoin infatabs 41
phenytoin sodium 41
phenytoin sodium extended 41
PHESGO 84
PHEXXI 256
philith 119
phillips milk of magnesia 172
phospha 250 neutral 201
PHOSPHOLINE IODIDE 226
phosphorous 201
phospho-trin 250 neutral 201
phospho-trin k500 201

PHOTOFRIN 85
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT 229
PHOXILLUM B22K4/0 203
PHOXILLUM BK4/2.5 203
physiolyte 205
physiosol irrigation 205
phytonadione 257
PIASKY 161
PIFELTRO 102
pilocarpine hcl 209, 226
pimecrolimus 135
pimozide 242
pimtrea 116
pindolol 107
pioglitazone hcl 50
pioglitazone hcl-glimepiride 50
pioglitazone hcl-metformin hcl 50
PIP LANCETS 28G 186
PIP LANCETS 30G 186
pip pen needles 31g x 5mm 195
pip pen needles 32g x 4mm 195
piperacillin sod-tazobactam so 236
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 91
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 91
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 91
pirfenidone 246
pirmella 7/7/7 122
piroxicam 21
PITOCIN 234
PLASMA-LYTE A 200
PLEGRIDY 240
PLEGRIDY STARTER PACK 240
plenamine 224
plerixafor 164
PLUVICTO 85
PNEUMOVAX 23 252
pnv prenatal plus multivit+dha 216
PNV TABS 20-1 216
pnv-dha 218
PNV-DHA+DOCUSATE 218
PNV-OMEGA 216
pnv-select 216
podofilox 134
POLIVY 74
polocaine 174
polocaine-mpf 174
polycin 227
polyethylene glycol 3350 171
polymyxin b sulfate 68
polymyxin b-trimethoprim 227
POLY-TUSSIN AC 126
POLY-VI-FLOR 214
POLY-VI-FLOR/IRON 214
POMALYST 80
POMBILITI 143
PONVORY 244
PONVORY STARTER PACK 244
portia-28 119
PORTRAZZA 78
posaconazole 56
POSFREA 53
POSIMIR 174
POTASSIUM ACETATE 202
POTASSIUM CHLORIDE 202
potassium chloride 202
potassium chloride crys er 202
potassium chloride er 202
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL 201
potassium chloride in nacl 201
potassium citrate er 156
potassium cl in dextrose 5% 200
POTASSIUM PHOSPHATES 201
potassium phosphates 201
potassium phosphates(66 meq k) 201
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) 201
POTELIGEO 73
pramipexole dihydrochloride 95
pramipexole dihydrochloride er 95
PRAMOSONE 137
PRAMOTIC 233
prasugrel hcl 163
pravastatin sodium 59
PRAXBIND 52
praziquantel 29
prazosin hcl 64
PRECEDEX 170
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 195
PRED MILD 231
prednisolone 124
prednisolone acetate 231
prednisolone sodium phosphate 124
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 231
prednisone 124
PREDNISONE INTENSOL 124
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 195
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED 186
PREFERRED PLUS LANCETS THIN 186
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 195
pregabalin 39
pregabalin er 242
PREGEN DHA 218
PREGENNA 216
PREGNYL 147
PREMARIN 151, 256
PREMASOL 224
PREMESISRX 219
PREMPHASE 150
PREMPRO 150
prena 1 true 218
prena1 219
PRENA1 PEARL 216
PRENAISSANCE 218
PRENAISSANCE PLUS 218
PRENATAL 216
PRENATAL (W/IRON & FA) 216
PRENATAL 19 216
prenatal 19 216
PRENATAL COMPLETE 216
PRENATAL FORTE 216
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 218
PRENATAL ONE DAILY 216
PRENATAL PLUS 216
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 216
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL 216
prenatal vitamins 216
PRENATAL VITAMINS 216
PRENATAL/IRON 216
PRENATAL-U 216
PRENATE 219
PRENATE AM 219
PRENATE DHA 218
PRENATE ELITE 217
PRENATE ENHANCE 218
PRENATE ESSENTIAL 218
PRENATE MINI 218
PRENATE PIXIE 218
PRENATE RESTORE 218
PRENATRIX 217
PRENATRYL 217
PREPIDIL 233
PRESTALIA 60
PRETOMANID 69
prevalite 58
PREVDUO 51
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 195
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 195
PREVNAR 20 252
PREVYMIS 103
PREZISTA 102
PRIFTIN 70
PRIMACARE 217
PRIMAQUINE PHOSPHATE 69
PRIMAXIN IV 66
primidone 39
PRIORIX 253
PRISMASOL B22GK 4/0 204
PRISMASOL BGK 0/2.5 204
PRISMASOL BGK 2/0 204
PRISMASOL BGK 2/3.5 204
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 204
PRISMASOL BGK 4/2.5 204
PRISMASOL BK 0/0/1.2 204
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 196
PRO COMFORT LANCETS 30G 186
PRO COMFORT LANCETS 31G 186
PRO COMFORT PEN NEEDLES 196
pro comfort safety lancets 30g 186
PROAIR RESPICLICK 33
probenecid 158
procainamide hcl 31
PROCARDIA XL 109
procentra 14
prochlorperazine 98
prochlorperazine edisylate 98
prochlorperazine maleate 98
PROCRIT 165
PROCTOCORT 29

PROCTOFOAM HC 29
procto-med hc 29
proctosol hc 29
proctozone-hc 29
PROCYSBI 156
PRODIGY INSULIN SYRINGE 196
PRODIGY LANCETS 28G 186
PRODIGY LANCING DEVICE 186
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G 186
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G 186
PROFILNINE 159
progesterone 237
PROGLYCEM 46
PROGRAF 206
PROLASTIN-C 245
PROLEUKIN 85
PROLIA 147
PROMACTA 167
promethazine hcl 57
promethazine vc 125
promethazine-codeine 126
promethazine-dm 125
promethazine-phenylephrine 125
promethegan 57
propafenone hcl 31
propafenone hcl er 31
proparacaine hcl 229
PROPECIA 138
PROPEL 222
PROPEL MINI 222
PROPEL MINI SDS 222
propofol 155
propranolol hcl 107
propranolol hcl er 107
propylthiouracil 247
PROQUAD 253
PRO-RED AC 126
PROSCAR 156
PROSOL 224
PROSTIN VR 207
protamine sulfate 163
PROTONIX 250
PROTOPAM CHLORIDE 52
protriptyline hcl 45
PROVAYBLUE 52
PROVERA 237
PROVIDA OB 217
PROVISC 231
pseudoeph-bromphen-dm 126
PULMICORT FLEXHALER 35
Pulmosal 125
PULMOZYME 246
PURE COMFORT LANCETS 30G 186
PURE COMFORT PEN NEEDLE 196
pure comfort safety pen needle 196
PURIXAN 72
px advanced lancing device 186
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 196
PX INSULIN SYRINGE 196
PX LANCETS MICROTHIN 33G 186
PX LANCETS ULTRA THIN 28G 186
PX MINI PEN NEEDLES 196
PX PEN NEEDLE 196
PYLERA 250
pyrazinamide 70
pyridostigmine bromide 69
pyridostigmine bromide er 69
pyrimethamine 69
PYRUKYND 163
PYRUKYND TAPER PACK 163
QBRELIS 61
QBREXZA 135
qc advanced lancing device 186
qc aspirin low dose 23
qc b50 prolonged release 211
qc b-complex/vitamin c 209
qc childrens aspirin 23
qc daily multivitamins/iron 212
qc essentials 213
qc folic acid 165
qc gentle laxative 173
qc gentle laxative womens 173
QC LANCETS SUPER THIN 30G 186
QC LANCETS ULTRA THIN 186
qc laxative 173
qc magnesium citrate 172
qc milk of magnesia 172
qc natura-lax 171
qc nicotine transdermal system 244
QC PEN NEEDLES 196
QC PRENATAL 217
QC UNIFINE PENTIPS 196
QC UNILET LANCETS 28G 186
QC UNILET LANCETS MICRO THIN 186
QDOLO 26
QINLOCK 81
QUADRACEL 248
QUALAQUIN 69
quazepam 169
QUDEXY XR 40
QUELICIN 222
QUESTRAN 58
QUESTRAN LIGHT 58
quetiapine fumarate 97
quetiapine fumarate er 97
QUFLORA FE 212
QUFLORA FE PEDIATRIC 214
QUFLORA PEDIATRIC 214
quin b strong b-25 211
quinapril hcl 61
quinapril-hydrochlorothiazide 60
quinidine gluconate er 31
quinidine sulfate 31
quinine sulfate 69
QUINTABS 213
QULIPTA 198
QUVIVIQ 170
QUZYTTIR 57
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-100 211
ra balanced b-100 cr 211
ra balanced b-50 211
ra balanced b-50 tr 211
ra b-complex 209
ra b-complex with b-12 209
RA E-ZJECT LANCETS 28G 186
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G 186
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G 186
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN 186
ra folic acid 165
RA INSULIN SYRINGE 196
ra laxative 171, 173
ra magnesium citrate 172
ra milk of magnesia 172
ra mini nicotine 244
ra nicotine 244
ra nicotine gum 244
ra nicotine polacrilex 244
RA PEN NEEDLES 196
RA PRENATAL 217
RA PRENATAL FORMULA 217
ra womens laxative 173
RABAVERT 254
rabeprazole sodium 250
RADICAVA ORS 222
RADICAVA ORS STARTER KIT 222
RADIOGARDASE 52
RAGWITEK 17
raloxifene hcl 148
ramelteon 170
ramipril 61
ranolazine er 29
RAPAMUNE 206
RAPIVAB 105
rasagiline mesylate 94
RASUVO 18
RAVICTI 149
raya sure pen needle 196
RAYALDEE 145
react 120
READYLANCE SAFETY LANCETS 186
REALITY INSULIN SYRINGE 196
REALITY LANCETS 186
REALITY LATEX CONDOMS 176
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED 176
REALITY LATEX/ULTRA THIN 176
REALITY TRIGGER LANCETS 187
REBIF 240
REBIF REBIDOSE 240
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 240
REBIF TITRATION PACK 240
REBINYN 159
REBLOZYL 164
REBYOTA 154
RECARBRIO 66
RECLAST 141
reclipsen 119
RECOMBINATE 159
RECOMBIVAX HB 254, 255

RECOTHROM 168
RECOTHROM SPRAY KIT 168
RECTIV 28
REGLAN 152
REGONOL 69
REGRANEX 138
RELENZA DISKHALER 105
RELION INSULIN SYRINGE 196
RELION LANCET DEVICES 30G 187
RELION LANCETS 187
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G 187
RELION LANCETS THIN 26G 187
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G 187
RELION LANCING DEVICE 187
RELION MINI PEN NEEDLES 196
RELION PEN NEEDLES 196
RELION SHORT PEN NEEDLES 196
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G 187
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS 187
RELISTOR 154
RELNATE DHA 217
REMERON 42
REMERON SOLTAB 42
REMESENSE 177
REMICADE 155
remifentanil hcl 26
REMODULIN 112
RENACIDIN 156
renal vitamin 210
rena-vite 210
RENOVA 127
RENOVA PUMP 127
repaglinide 49
REPATHA 59
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 59
REPATHA SURECLICK 59
RESTASIS 228
RESTASIS MULTIDOSE 228
RESTORIL 169
RETACRIT 165
RETEVMO 82
RETIN-A MICRO 127
RETIN-A MICRO PUMP 127
RETISERT 231
RETROVIR 103
REVCOVI 141
REVLIMID 205
revonto 220
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G 187
REXTOVY 52
REXULTI 99
REYATAZ 102
REZDIFFRA 152
REZIPRES 257
REZLIDHIA 87
REZUROCK 207
REZZAYO 55
RHOFADE 136
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 235
RHOPHYLAC 235
RHOPRESSA 229
RIABNI 74
RIASTAP 160
ribavirin 104, 105
RIDAURA 19
rifabutin 70
RIFADIN 70
rifampin 70
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT 187
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE 187
RIGHTEST GL300 LANCETS 187
riluzole 222
rimantadine hcl 105
RIMSO-50 157
ringers 201
ringers irrigation 205
RINVOQ 18
RINVOQ LQ 18
RIOMET 46
risanoid plus 219
risedronate sodium 141, 142
risperidone 96, 97
risperidone microspheres er 96
ritonavir 102
RITUXAN 74
RITUXAN HYCELA 84
rivastigmine 238
rivastigmine tartrate 238
rivelsa 121
RIVFLOZA 157
RIXUBIS 160
rizatriptan benzoate 199
ROBAXIN 220
ROBINUL 250
ROBINUL-FORTE 250
ROCKLATAN 229
rocuronium bromide 223
roflumilast 35
ROLVEDON 166
romidepsin 79
ropinirole hcl 95
ropinirole hcl er 95
ropivacaine hcl 174
rosuvastatin calcium 59
ROTARIX 255
ROTATEQ 255
ROWASA 153
roweepra 40
ROXICODONE 26
ROXYBOND 26
ROZLYTREK 83
RUBRACA 91
RUCONEST 160
rufinamide 40
RUKOBIA 101
RUXIENCE 74
RYANODEX 220
RYBELSUS 48
RYBREVANT 82
RYDAPT 82
RYDEX 126
RYLAZE 85
RYPLAZIM 163
RYSTIGGO 206
RYTARY 94
RYTELO 90
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT 187
SAFETY LANCETS 187
SAFETY LANCETS 21G 187
SAFETY LANCETS 23G 187
SAFETY LANCETS 28G 187
safety pen needles 196
sajazir 160
SALAGEN 209
saline flush 202
SANCUSO 53
SANDOSTATIN 148
SANDOSTATIN LAR DEPOT 148
SANTYL 133
SAPHNELO 207
sapropterin dihydrochloride 147
saps health plus lancets 187
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS 187
SAPS TWIST TOP LANCETS 187
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS 187
SARCLISA 74
SAVELLA 238
SAVELLA TITRATION PACK 238
SAXENDA 14
sb bisacodyl laxative ec 173
sb childrens aspirin 23
sb gentle lax-women 173
SB INSULIN SYRINGE 196
SB LANCETS THIN 187
SB LANCETS ULTRA THIN 187
sb low dose asa ec 23
sb magnesium citrate 172
sb milk of magnesia 172
sb polyethylene glycol 3350 171
SCEMBLIX 77
SCENESSE 135
scopolamine 54
SECUADO 97
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 196
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 196
select-lite device/lancets 187
select-lite lancing device 187
SELECT-OB 217
SELECT-OB+DHA 218
selegiline hcl 94
SELENIOUS ACID 203
selenium sulfide 130
SELZENTRY 101
SE-NATAL 19 217
sensorcaine 174
sensorcaine/epinephrine 174
sensorcaine-mpf 174
sensorcaine-mpf/epinephrine 174

SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 174
SEREVENT DISKUS 33
SEROSTIM 144
sertraline hcl 43
setlakin 121
sevelamer carbonate 154
sevelamer hcl 154
SEVENFACT 160
sevoflurane 155
SEZABY 169
sf 208
sf 5000 plus 208
SFROWASA 153
sharobel 122
SHINGRIX 255
SIGNIFOR 148
SIGNIFOR LAR 148
SIKLOS 164
sildenafil citrate 113
silodosin 156
SILVADENE 131
silver sulfadiazine 131
SIMBRINZA 225
simliya 116
simpesse 121
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV 187
SIMPONI ARIA 19
SIMULECT 206
simvastatin 59
SINEMET 95
SINGLE-LET 187
sirolimus 206
SIRTURO 70
SIVEXTRO 68
SKYCLARYS 222
SKYLA 121
SKYRIZI 129, 154
SKYRIZI PEN 129
SKYTROFA 144
SLYND 122
sm aspirin adult low strength 23
sm aspirin ec low strength 23
sm aspirin low dose 23
sm b super vitamin complex 210
sm b100 complex 211
sm balanced b-100 210
sm balanced b-50 210
sm b-complex 211
SM B-COMPLEX/VITAMIN C 210
sm clearlax 171
sm folic acid 165
sm gentle laxative 173
SM LANCETS 33G 187
sm milk of magnesia 172
sm multiple vitamins essential 213
sm multiple vitamins/iron 212
sm nicotine 244
sm nicotine polacrilex 244
SM ONE DAILY PRENATAL 217
SM PRENATAL VITAMINS 217
sm super b complex/c 210
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE 187
sm vitamin b complex/vitamin c 210
SMART DIABETES VANTAGE LANCING 187
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G 187
SMART SENSE STANDARD LANCETS 187
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS 187
SMART SENSE THIN LANCETS 26G 188
SMARTEST LANCETS 28G 188
SMOFLIPID 225
smooth lax 171
sod benz-sod phenylacet 149
SODIUM ACETATE 199
sodium acetate 199
sodium bicarbonate 199
sodium chloride 125, 156, 202
sodium chloride (pf) 202
sodium fluoride 201, 209
sodium fluoride 5000 enamel 208
sodium fluoride 5000 plus 208
sodium fluoride 5000 ppm 208
sodium fluoride 5000 sensitive 208
SODIUM IODIDE I-131 247
SODIUM NITRITE 52
sodium nitroprusside 64
sodium oxybate 237
sodium phenylbutyrate 149
sodium phosphates 201
sodium polystyrene sulfonate 207
sodium tetradecyl sulfate 207
SODIUM THIOSULFATE 52
SOHONOS 220
SOLESTA 204
solifenacin succinate 251
SOLIQUA 49
SOLIRIS 161
SOLOSEC 17
SOLTAMOX 71
SOLU-CORTEF 124
SOLU-MEDROL 124
SOLU-MEDROL (PF) 124
SOLUS V2 LANCETS 28G 188
SOLUS V2 LANCING DEVICE 188
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G 188
SOMATULINE DEPOT 148
SOMAVERT 143
SOOLANTRA 136
sorafenib tosylate 82
SORBITOL 156
SORBITOL-MANNITOL 156
SOTALOL HCL 107
sotalol hcl 107
sotalol hcl (af) 107
SOTRADECOL 207
sotradecol 207
SOTYLIZE 107
SPEVIGO 129, 130
SPIKEVAX 255
spinosad 136
SPIRIVA HANDIHALER 34
SPIRIVA RESPIMAT 34
spironolactone 140
spironolactone-hctz 139
SPORANOX 56
SPRAVATO (56 MG DOSE) 43
SPRAVATO (84 MG DOSE) 43
sprintec 28 119
SPRITAM 40
sps (sodium polystyrene sulf) 207
sronyx 119
ssd 131
st joseph aspirin 23
st joseph low dose 23
STAMARIL 255
STELARA 130, 154
STERILANCE TL 188
sterile water for irrigation 205
STIOLTO RESPIMAT 32
STIVARGA 82
STRAVIX 137
STRENSIQ 145
streptomycin sulfate 17
stress b complex/iron 212
stress formula 213
stress formula (folic acid) 210
stress formula/iron 212
stress formula/zinc/energy 213
stresstabs energy 213
STRIBILD 101
STRIVERDI RESPIMAT 33
STROMECTOL 29
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 85
SUBLOCADE 27
subvenite 40
subvenite starter kit-blue 40
subvenite starter kit-green 40
subvenite starter kit-orange 40
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE 222
SUCRAID 139
sucralfate 249
SUFENTANIL CITRATE 26
SULAR 109
sulconazole nitrate 134
sulfacetamide sodium 231
sulfacetamide sodium (acne) 126
sulfacetamide-prednisolone 230
sulfadiazine 246
sulfamethoxazole-trimethoprim 65
SULFAMYLON 131
sulfasalazine 153
sulfatrim pediatric 65
sulindac 21
sumatriptan 199
sumatriptan succinate 199
sumatriptan succinate refill 199
sunitinib malate 82
SUNLENCA 101
SUNOSI 14
SUPARTZ FX 221
super b complex/fa/vit c 210
super b complex/vitamin c 210

super b-complex 211
super b-complex + vitamin c 210
super b-complex/vit c/fa 210
super dec b-100 211
super quints b-50 211
SUPER THIN LANCETS 188
SUPPRELIN LA 145
SUPRANE 155
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 196
SURE COMFORT LANCETS 18G 188
SURE COMFORT LANCETS 21G 188
SURE COMFORT LANCETS 23G 188
SURE COMFORT LANCETS 28G 188
SURE COMFORT LANCETS 30G 188
sure comfort lancing pen 188
SURE COMFORT PEN NEEDLES 196
sure comfort pen needles 196
surebiotic probiotic support 51
SURELITE LANCETS 188
SURGICEL FIBRILLAR 168
SURGICEL NU-KNIT 168
SURGICEL SNOW 1"X2" 168
SURGICEL SNOW 2"X4" 168
SURGICEL SNOW 4"X4" 168
SUSTOL 53
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) 233
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) 233
SUTENT 82
syeda 119
SYFOVRE 228
SYLVANT 205
SYMBYAX 245
SYMDEKO 245
SYMLINPEN 120 45
SYMLINPEN 60 45
SYMPAZAN 38
SYMPROIC 154
SYMTUZA 101
SYNAGIS 234
SYNAREL 145
SYNDROS 54
SYNJARDY 49
SYNJARDY XR 49
SYNOJOYNT 221
SYNVISC 221
SYNVISC ONE 221
SYRINGE AVITENE 168
tab-a-vite 213
tab-a-vite/beta carotene 213
tab-a-vite/iron 212
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 212
TABLOID 72
TABRECTA 80
TACHOSIL 168
TACLONEX 138
tacrolimus 135, 206
tadalafil 113
tadalafil (pah) 113
TADLIQ 113
TAFINLAR 77
tafluprost (pf) 232
TAGRISSO 78
take action 120
TAKHZYRO 162
TALICIA 251
TALVEY 77
TALZENNA 91
TAMIFLU 105
tamoxifen citrate 71
tamsulosin hcl 156
taperdex 12-day 124
taperdex 6-day 124
taperdex 7-day 124
TARGRETIN 138
tarina 24 fe 119
tarina fe 1/20 eq 119
TARON-C DHA 217
TARPEYO 124
TASIGNA 77
tasimelteon 170
TASMAR 94
tavaborole 135
TAVALISSE 163
TAVNEOS 161
taysofy 119
tazarotene 130
tazicef 115, 116
TAZICEF 115
TAZORAC 130
TAZVERIK 81
TDVAX 248
TECENTRIQ 76
TECENTRIQ HYBREZA 84
TECHLITE AST LANCETS 188
TECHLITE INSULIN SYRINGE 196
TECHLITE LANCETS 188
TECHLITE LANCETS 26G 188
TECHLITE PEN NEEDLES 196
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 196
TECVAYLI 77
TEFLARO 116
TEGLUTIK 222
telmisartan 63
telmisartan-amlodipine 62
telmisartan-hctz 62
temazepam 169
TEMBEXA 105
TEMODAR 87
temozolomide 87
temsirolimus 81
tencon 22
TENIVAC 248
tenofovir disoproxil fumarate 103
TENORETIC 100 64
TENORETIC 50 64
TEPADINA 70
TEPEZZA 145
TEPMETKO 80
terazosin hcl 64
terbinafine hcl 55
terbutaline sulfate 33
terconazole 255
teriflunomide 239
teriparatide 147
TERIPARATIDE 147
TERLIVAZ 149
terrell 155
TESTOPEL 28
testosterone 28
testosterone cypionate 28
testosterone enanthate 28
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD 248
tetrabenazine 239
tetracaine hcl 229
tetracycline hcl 247
TEVIMBRA 75
TEZSPIRE 35
TGT LANCET MICRO THIN 33G 188
TGT LANCET THIN 26G 188
TGT LANCET ULTRA THIN 30G 188
tgt lancing device 188
THALITONE 140
THALOMID 203
THAM 199
THE LIQUILIFT TRACE 202
THEO-24 35
theophylline 36
theophylline er 35, 36
THERA 213
thera-tabs 213
THEREMS 213
thiamine hcl 257
thioridazine hcl 98
thiotepa 70
thiothixene 99
thrive 244
THRIVITE RX 217
THROMBATE III 163
THROMBI-GEL 10 167
THROMBI-GEL 100 167
THROMBI-GEL 40 167
THROMBIN-JMI 168
THROMBIN-JMI EPISTAXIS 168
THROMBI-PAD 167
THROMBOGEN 168
THYMOGLOBULIN 204
THYQUIDITY 248
tiadylt er 110
tiagabine hcl 41
TIAZAC 110
TIBSOVO 87
TICE BCG 85
TICOVAC 255
TIGAN 54
TIGECYCLINE 246
tilia fe 122
timolol maleate 107, 225
timolol maleate (once-daily) 225
timolol maleate ocudose 225
timolol maleate pf 225
TIMOPTIC OCUDOSE 225
tinidazole 65
tiopronin 157
tirofiban hcl in nacl 161
TIROSINT-SOL 248
TISSEEL 167

TISSUEBLUE 232
tis-u-sol 205
TIVDAK 76
TIVICAY 101
TIVICAY PD 101
tizanidine hcl 220
tm-daily vite 213
TNKASE 164
TOBI PODHALER 17
TOBRADEX 230
tobramycin 17, 227
tobramycin sulfate 17
tobramycin-dexamethasone 230
TOBREX 227
TODAY SPONGE 255
todays health lancing device 188
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES . 196
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 196
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G 188
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G 188
TOLAK 129
tolcapone 94
tolmetin sodium 21
TOLSURA 56
tolterodine tartrate 251
tolterodine tartrate er 251
tolvaptan 148
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES 197
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G 188
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR 197
topiramate 40
topiramate er 40
TOPOTECAN HCL 92
topotecan hcl 92
toremifene citrate 71
TORISEL 81
Torpenz 81
torsemide 140
TOTALVISC 232
TOUJEO MAX SOLOSTAR 48
TOUJEO SOLOSTAR 48
tovet 133
TPN ELECTROLYTES 201
TPOXX 105
TRACLEER 113
TRALEMENT 202
TRAMADOL HCL 26
tramadol hcl 26
tramadol hcl (er biphasic) 26
tramadol hcl er 26
tramadol-acetaminophen 27
trandolapril 62
trandolapril-verapamil hcl er 60
tranexamic acid 167
TRANEXAMIC ACID-NACL 167
tranylcypromine sulfate 43
TRAVASOL 224
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G 188
travoprost (bak free) 232
TRAZIMERA 75
trazodone hcl 44
TREANDA 70
TRECATOR 70
TRELEGY ELLIPTA 32
TRELSTAR MIXJECT 89
TREMFYA 130
treprostinil 112
TRESIBA 48
TRESIBA FLEXTOUCH 48
tretinoin 91, 127
tretinoin microsphere 127
tretinoin microsphere pump 127
TRETTEN 160
TREXALL 72
trezix 24
triamcinolone acetonide 133, 209
triamcinolone in absorbase 133
triamterene 140
triamterene-hctz 139
triazolam 169
TRICARE 217
TRICOR 58
Tridacaine Ii 135
Tridacaine Iii 135
triderm 133
trientine hcl 203
TRIESENCE 231
tri-estarylla 122
trifluoperazine hcl 98
trifluridine 228
trihexyphenidyl hcl 93
TRIJARDY XR 49
TRIKAFTA 245, 246
tri-legest fe 122
tri-linyah 122
tri-lo-estarylla 122
tri-lo-marzia 122
tri-lo-mili 122
tri-lo-sprintec 122
TRI-LUMA 133
TRILURON 221
trimethobenzamide hcl 54
TRIMETHOPRIM 65
tri-mili 122
trimipramine maleate 45
TRINATAL RX 1 217
trinate 217
TRINTELLIX 44
TRIPTODUR 145
TRISENOX 85
tri-sprintec 122
TRISTART DHA 218
TRIUMEQ 101
TRIUMEQ PD 101
TRI-VI-FLOR 214
TRI-VI-FLORO 214
tri-vite/fluoride 214
trivora (28) 122
tri-vylibra 123
tri-vylibra lo 122
TRODELVY 92
TROGARZO 101
TROJAN ENZ 176
TROJAN MAGNUM 176
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED 176
TROJAN ULTRA THIN 176
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL 176
TROJAN-ENZ LUBRICATED 176
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL 177
TROPHAMINE 224
tropicamide 226
trospium chloride 251
trospium chloride er 251
true comfort insulin syringe 197
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 197
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 197
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 197
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 197
true comfort safety lancets 188
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS 188
true cover 177
true daily vite 213
true folic acid 165
true laxative 171
true multivitamin 213
TRUEDRAW LANCING DEVICE 188
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 197
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE 197
TRUEPLUS LANCETS 26G 188
TRUEPLUS LANCETS 28G 188
TRUEPLUS LANCETS 30G 188
TRUEPLUS LANCETS 33G 188
TRUEPLUS PEN NEEDLES 197
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G 188
TRULANCE 151
TRULICITY 48
TRUMENBA 252
TRUQAP 72, 73
TRUSKIN 138
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE 177
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED 177
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST 177
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL 177
TRUSTEX LUBRICATED 177
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE 177
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST 177
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE 177
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE 177

TRUSTEX NON-LUBRICATED.....177
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE.. 177
TRUSTEX RIA LUBRICATED.....177
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED 177
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD.....177
TRUXIMA..... 74
TUKYSA.....75
TURALIO..... 82
TURPENTINE..... 135
Turqoz..... 119
TUSNEL C.....125
TUXARIN ER.....126
TWINRIX.....253
TWIRLA..... 119
twist top lancets 30g.....188
TYBOST..... 103
tydemy..... 119
TYGACIL..... 246
TYPHIM VI..... 252
TYSABRI.....240
TYVASO.....112
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT112
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT 112
TYVASO DPI TITRATION KIT..... 112
TYVASO REFILL KIT.....112
TYVASO STARTER KIT..... 112
TZIELD.....45
UBRELVY..... 198
UCERIS.....124
UDENYCA..... 166
UDENYCA ONBODY..... 166
ULTANE.....155
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 197
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT 197
ULTICARE INSULIN SYRINGE.....197
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES.197
ULTICARE MINI PEN NEEDLES.....197
ULTICARE PEN NEEDLES.....197
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES.197
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE..... 197
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE.....197
ULTI-LANCE AUTOMATIC..... 189
ULTILET CLASSIC LANCETS..... 189
ULTILET LANCETS.....189
ULTILET PEN NEEDLE..... 197
ULTILET SAFETY LANCETS..... 189
ULTILET SAFETY LANCETS 23G...189
ULTIVA..... 26
ULTOMIRIS..... 161
ultra b-100 complex.....219
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE.....197
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES..... 197
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT..... 197
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....197
ULTRA THIN LANCETS 31G..... 189
ULTRA THIN PEN NEEDLES.....197
ULTRACARE INSULIN SYRINGE...197
ULTRA-CARE LANCETS 30G.....189
ULTRACARE PEN NEEDLES.....197
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM.....168
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM.....168
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM.....168
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM168
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM.....168
ULTRA-THIN II AUTO LANCET..... 189
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT....197
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE..... 197
ULTRA-THIN II LANCETS..... 189
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE..... 197
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT.....197
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES.....197
UNASYN..... 236
UNIFINE PENTIPS..... 197
UNIFINE PENTIPS PLUS..... 198
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE.. 198
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE..... 198
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE.....198
UNILET COMFORTOUCH LANCET..... 189
UNILET EXCELITE..... 189
UNILET EXCELITE II.....189
UNILET G.P. LANCET.....189
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET.189
UNILET GP 28 ULTRA THIN.....189
UNILET LANCET.....189
UNILET MICRO-THIN 33G.....189
UNILET SUPERLITE LANCET.....189
UNILET SUPER-THIN 30G..... 189
UNILET ULTRA-THIN 28G..... 189
UNISTIK 1.....189
UNISTIK 2.....189
UNISTIK 2 COMFORT.....189
UNISTIK 2 EXTRA.....189
UNISTIK 2 NEONATAL..... 189
UNISTIK 2 NORMAL.....189
UNISTIK 2 SUPER.....189
UNISTIK 3.....189
UNISTIK 3 COMFORT.....189
UNISTIK 3 EXTRA.....189
UNISTIK 3 GENTLE..... 189
UNISTIK 3 NEONATAL..... 189
UNISTIK 3 NORMAL.....189
UNISTIK CZT COMFORT..... 189
UNISTIK CZT NORMAL..... 189
UNISTIK NORMAL.....190
UNISTIK PRO SAFETY LANCET.... 190
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G... 190
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G... 190
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G..... 190
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G..... 190
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G..... 190
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G..... 190
unithroid..... 248
UNITUXIN..... 75
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G..... 190
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G..... 190
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN..... 190
UPLIZNA.....206
UPNEEQ..... 232
UPTRAVI.....113
UPTRAVI TITRATION..... 113
UROCIT-K 10.....156
UROCIT-K 15.....156
URSO FORTE.....152
ursodiol..... 152
UVADEX..... 85
VABOMERE.....66
VABYSMO.....226
valacyclovir hcl..... 104
VALCHLOR..... 129
VALCYTE..... 103
valganciclovir hcl.....103
valproate sodium.....42
valproic acid.....42
valrubicin..... 84
valsartan.....63
valsartan-hydrochlorothiazide..... 62
VALSTAR.....84
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE.....198
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G..... 190
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN..... 190
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G 190
value plus lancing device.....190
VANCOCIN.....66
VANCOMYCIN HCL..... 66, 67
vancomycin hcl..... 67
vancomycin hcl in dextrose..... 66
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE 66
VANCOMYCIN HCL IN NACL..... 66
VANDAZOLE..... 256
VANFLYTA..... 82
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 198
VAQTA.....255
vardenafil hcl..... 113
varenicline tartrate..... 244
varenicline tartrate (starter)..... 244
varenicline tartrate(continue)..... 244
VARITHENA.....207
VARIVAX.....255
VARIZIG.....235
VARUBI (180 MG DOSE)..... 54
VASCEPA.....57, 58
VASERETIC..... 60
vasopressin.....149
vasopressin +rfid.....149

vasopressin-sodium chloride 149
VASOSTRICT 149
VAXCHORA 252
VAXELIS 248
VAXNEUVANCE 252
VAZCULEP 257
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 255
VECAMYL 64
VECTIBIX 78
vecuronium bromide 223
VELCADE 82
VELETRI 112
velivet 123
VELPHORO 154
VELTASSA 207
VEMLIDY 104
VENCLEXTA 76
VENCLEXTA STARTING PACK 76
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY 138
venlafaxine hcl 44
venlafaxine hcl er 44
VENOFER 166
VENTAVIS 112
VEOPOZ 161
VEOZAH 146
verapamil hcl 110
verapamil hcl er 110
VEREGEN 127
VERELAN 110
VERELAN PM 110
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 198
VERIFINE INSULIN SYRINGE 198
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 198
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G 190
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G 190
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G 190
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G 190
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G 190
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G 190
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G 190
VERKAZIA 228
VERQUVO 114
VERSACLOZ 97
VERZENIO 86
vestura 119
VFEND 56
VIBATIV 67
VIBERZI 152
VIDAZA 72
vienva 119
vigabatrin 41
vigadrone 41
Vigadrone 41
VIGAFYDE 41
VIGAMOX 227
Vigpoder 41
VIJOICE 206
vilazodone hcl 44
VILTEPSO 223
VIMIZIM 146
VINATE DHA RF 217
vinblastine sulfate 89
vincristine sulfate 89
vinorelbine tartrate 89
VIOKACE 139
viorele 116
VIRACEPT 102
VIRAZOLE 105
VIREAD 103
VISCOAT 231
VISIONBLUE 232
VISTOGARD 52
VISUDYNE 229
vit e-vit c-beta carotene 213
VITAFOL FE+ 218
VITAFOL GUMMIES 217
VITAFOL ULTRA 218
VITAFOL-OB 217
VITAFOL-OB+DHA 218
VITAFOL-ONE 218
vitalee 213
VITALIPID N INFANT 214
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 218
vitamin b complex 209
vitamin b complex w/b-12 209
vitamin d (ergocalciferol) 257
vitamin k1 257
vitamin-b complex 209
VITAPEARL 217
VITATHELY WITH GINGER 217
VITATRUE 218
VITLIPID N ADULT 213
VITLIPID N INFANT 215
VITRAKVI 83
VIVA DHA 217
VIVAGUARD LANCETS 190
VIVAGUARD LANCETS 30G 190
VIVAGUARD LANCING DEVICE 190
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G 190
vivimusta 70
VIVITROL 53
VIVJOA 55
VIVOTIF 253
VIZIMPRO 78
volnea 116
VONJO 88
VONVENDI 160
VORANIGO 87
VORAXAZE 86
voriconazole 56
VOSEVI 104
VOWST 154
VOXZOGO 146
VOYDEYA 161
VP INSULIN SYRINGE 198
VPRIV 164
VRAYLAR 96
VUMERITY 241
VUSION 128
vyfemla 119
VYLEESI 239
vylibra 119
VYLOY 74
VYNDAMAX 114
VYNDAQEL 114
VYONDYS 53 223
VYVGART 206
VYVGART HYTRULO 205
VYXEOS 85
WAINUA 238
WAKIX 15
WALGREENS LANCETS 190
WALGREENS LANCETS MICRO THIN 190
WALGREENS LANCETS SUPER THIN 190
WALGREENS THIN LANCETS 190
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS 190
warfarin sodium 36
water for irrigation, sterile 206
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 198
WEGOVY 14
WELIREG 79
WELLBUTRIN XL 42
wera 119
wesnatal dha complete 218
wes-phos 250 neutral 201
WESTAB PLUS 217
WESTGEL DHA 218
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 177
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 177
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 177
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 177
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 177
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 178
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 178
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 178
WILATE 160
WINLEVI 127
WINREVAIR 113
WINRHO SDF 235
wixela inhub 32
womans laxative 173
womens laxative 173
wymzya fe 119
XACDURO 65
XACIATO 256
XADAGO 94
XALKORI 73
XARACOLL 174
XARELTO 36
XARELTO STARTER PACK 36
XATMEP 72
XCOPRI 41
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 40
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 40
XDEMVY 228

XELJANZ 18
XELJANZ XR 18
XEMBIFY 235
XENPOZYME 141
XEOMIN 223
XERAVA 246
XERESE 130
XERMELO 155
XGEVA 147
XHANCE 222
XIAFLEX 204
XIFAXAN 65
XIGDUO XR 49
XIIDRA 226
XIPERE 231
xirun 133
XOFIGO 85
XOFLUZA (40 MG DOSE) 105
XOFLUZA (80 MG DOSE) 105
XOLAIR 32, 33
XOLREMDI 164
XOSPATA 82
XPHOZAH 142
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) .. 83
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 83
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) .. 83
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 83
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) .. 83
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 83
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) .. 83
XTANDI 71
xulane 119
XULTOPHY 49
XURIDEN 144
XYLOCAINE 174
XYLOCAINE/EPINEPHRINE 174
XYLOCAINE-MPF 174
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE .. 174
XYNTHA 160
XYNTHA SOLOFUSE 160
XYOSTED 28
XYREM 237
XYWAV 237
Yargesa 164
YCANTH 135
YERVOY 75
YF-VAX 255
yl balanced b-100 211
yl folic acid 165
YONDELIS 92
YONSA 71
YOSPRALA 163
YUPELRI 34
YUTIQ 231
yuvafem 256
zafemy 120
zafirlukast 34
zaleplon 169
ZALTRAP 93
ZALVIT 217
ZANAFLEX 220
ZANOSAR 90
ZARXIO 166
ZEGALOGUE 46
ZEJULA 91
ZELAPAR 94
ZELBORAF 77
ZEMAIRA 245
ZEMDRI 17
ZEMPLAR 145
zenatane 127
ZENPEP 139
zenzedi 14
ZEPBOUND 14
ZEPOSIA 245
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK .. 245
ZEPOSIA STARTER KIT 245
ZEPZELCA 70
ZERBAXA 114
ZESTORETIC 60, 61
ZEVALIN Y-90 84
ZEVRX INSULIN SYRINGE 198
ZEVRX PEN NEEDLES 198
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G 190
zidovudine 103
ZIIHERA 75
ZILBRYSQ 161
ZILRETTA 124
ZILXI 136
ZIMHI 53
zinc chloride 203
zinc sulfate 203
ZINPLAVA 234
ZIOPTAN 232
ZIPHEX 217
ziprasidone hcl 96
ziprasidone mesylate 96
ZIRGAN 228
ZITHROMAX 175
ZITHROMAX TRI-PAK 175
ZITHROMAX Z-PAK 175
ZOKINVY 204
ZOLADEX 89
zoledronic acid 142
ZOLEDRONIC ACID 142
ZOLINZA 79
zolmitriptan 199
zolpidem tartrate 170
zolpidem tartrate er 169
zonisamide 40
ZONTIVITY 163
ZORTRESS 206
ZORYVE 130
ZOSYN 236
zovia 1/35 (28) 119
ZOVIRAX 131
ZTALMY 40
ZTLIDO 135
ZUBSOLV 27
ZULRESSO 42
zumandimine 119
ZURZUVAE 42
ZYCLARA 134
ZYCLARA PUMP 134
ZYDELIG 91
ZYKADIA 73
ZYLET 230
ZYNLONTA 74
ZYNYZ 75
ZYPREXA RELPREVV 99
ZYVOX 68

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.