Lista Nacional Directa Más de Medicamentos

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de cinco 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

cinco niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION 4
***ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 12
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS** 15
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 16
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 16
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 17
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 21
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 23
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 27
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS** 28
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 28
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART** 29
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 29
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 30
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 31
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 35
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 37
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 41
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 45
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 50
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 51
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 52
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 54
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 56
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 57
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 59
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 65
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 68
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 69
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 70
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 70
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 94
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 96
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS** 101
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 101
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 107
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 109
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 112
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 112
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 115
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 118
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 125
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 127
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 128
DIAGNOSTIC PRODUCTS 141
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 141
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART** 142
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES** 143
***ESTROGENS* - HORMONES** 152
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 154
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH** 154
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 158
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 159
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 160
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD** 161
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 167
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 170
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 172

***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH** 174
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 177
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 178
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT** 179
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 203
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION** 204
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS** 208
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 212
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 214
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 225
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 227
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 227
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 229
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 230
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 238
***OXYTOCICS* - HORMONES** 239
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 239
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 241
***PROGESTINS* - HORMONES** 242
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 243
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 251
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 252
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 252
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 253
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 254
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 254
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 257
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 258
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 261
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 262
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 263

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 compartido de $0 con una receta de su proveedor si se cumplen los criterios especificados.

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

"Coseguro" significa un porcentaje del costo de un beneficio de atención médica cubierto que usted paga después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica.

"Copago" significa una cantidad fija en dólares que usted paga por un beneficio de atención médica cubierto después de haber pagado el deducible, si se aplica un deducible al beneficio de atención médica.

"Deducible" significa la cantidad que usted paga por los beneficios de atención médica cubiertos que están sujetos al deducible antes de que su aseguradora de salud comience a pagar. Si su póliza de seguro de salud tiene un deducible, puede tener un deducible o deducibles separados para beneficios médicos y beneficios de medicamentos recetados. Después de pagar su deducible, generalmente paga solo un copago o coseguro por los beneficios de atención médica cubiertos. Su compañía de seguros paga el resto.

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

"Nivel de medicamentos" significa un grupo de medicamentos recetados que corresponden a un nivel de costo compartido especificado en su póliza de seguro de salud. El nivel de medicamento en el que se coloca un medicamento recetado determina su parte del costo del medicamento.

"Solicitud de excepción" significa una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el formulario. Si usted, su designado o su proveedor de atención médica presenta una solicitud de cobertura de un medicamento no incluido en el formulario, su aseguradora debe cubrir el medicamento no incluido en el formulario cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

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

"Formulario" o "lista de medicamentos recetados" significa la lista de medicamentos que está cubierta por su póliza de seguro de salud bajo el beneficio de medicamentos recetados de la póliza.

"Medicamento genérico" significa un medicamento que es el mismo que su equivalente de medicamento de marca en dosis, concentración, efecto, cómo se toma, calidad, seguridad y uso previsto. Un medicamento genérico se enumera en este formulario en letras minúsculas en cursiva.

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

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

"Medicamento no incluido en el formulario" significa un medicamento recetado que no figura en este formulario.

"Quimioterapia oral (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.

"Gastos de bolsillo" significa sus gastos por beneficios de atención médica que no son reembolsados por su seguro de salud. Los costos de bolsillo incluyen deducibles, copagos y coseguros para los beneficios de atención médica cubiertos, además de todos los costos de los beneficios de atención médica que no están cubiertos.

"Proveedor de prescripción" significa un proveedor de atención médica que puede escribir una receta para un medicamento para diagnosticar, tratar o prevenir una afección médica.

"Receta" significa una orden oral, escrita o electrónica de un proveedor de recetas que autoriza que se proporcione un medicamento recetado a un individuo específico.

"Medicamento recetado" significa un medicamento que por ley requiere receta médica.

"Autorización previa (PA)" significa una decisión de su aseguradora de salud de que un beneficio de atención médica es médicamente necesario para usted. Si un medicamento recetado está sujeto a autorización previa en este formulario, su proveedor de recetas debe solicitar la aprobación de su aseguradora de salud para cubrir el medicamento antes de surtir su receta. Su aseguradora de salud debe otorgar una solicitud de autorización previa cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

"Límite de cantidad (QL)" significa una restricción en el número de dosis de un medicamento recetado cubierto por un producto de seguro de salud durante un período de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.
"Medicamentos especializados (SP)" significa medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones difíciles a largo plazo. Es posible que necesite obtener este medicamento a través de una farmacia especializada.

"Terapia escalonada (ST)" significa una secuencia específica en la que se deben probar medicamentos recetados para una afección médica particular. Si un medicamento está sujeto a terapia escalonada en este formulario, es posible que tenga que probar uno o más medicamentos antes de que su póliza de seguro médico cubra ese medicamento para su afección médica. Si su proveedor de recetas presenta una solicitud de excepción al requisito de terapia escalonada, su aseguradora de salud debe otorgar la solicitud cuando sea médicamente necesario que usted tome el medicamento.

Preguntas frecuentes

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

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

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

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

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

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?
- 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 833-236-6196. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué es un medicamento especializado y cómo puedo obtenerlo?
Si está tomando un medicamento que se considera un medicamento especializado, es posible que deba usar una farmacia especializada para su medicamento.

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

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

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

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

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

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

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

- Los medicamentos de nivel 5 tienen el costo compartido más alto. Los medicamentos en este nivel son medicamentos genéricos y de marca especializada no preferidos. El Nivel 5 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.

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

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

A few more notes about the exception process:

- If we fail to respond to a completed prior authorization or step therapy exception request within 72 hours of receiving a non-urgent request and 24 hours of receiving a request based on exigent circumstances, the request is deemed approved, and we may not deny any subsequent requests for this medication.

- Don't worry, if you've changed policies, we won't ask you to repeat an approved step therapy request that is already being used to treat a medical condition provided that the drug is still appropriately prescribed and is considered safe and effective.

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

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

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

Anthem

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

Los medicamentos con nombre de marca están en MAYÚSCULAS, tipo simple.

Los medicamentos genéricos están en minúsculas, en cursiva en negrita.

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

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

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

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

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.

Nivel 5 = Los medicamentos del nivel 5 tienen el costo compartido más alto. Los medicamentos de este nivel son medicamentos genéricos y de marca especializados no preferidos.

cinco 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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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
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*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 18 mg, 27 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr	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*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 (3 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*tobramycin*)	5	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*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (*plazomicin sulfate*)	3	
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (*upadacitinib*)	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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-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)
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*)	5	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (*canakinumab*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ANAPROX DS ORAL TABLET (*naproxen sodium*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (*ibuprofen*)	3	
DAYPRO ORAL TABLET (*oxaprozin*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
meloxicam oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nabumetone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
nabumetone oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
naproxen dr oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
naproxen oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen sodium oral tablet 275 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
naproxen sodium oral tablet 550 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (*ibuprofen lysine*)	3	
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs aspirin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
diflunisal oral tablet	1 or 1b*	
ecotrin low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
h-e-b aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kls aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
mm aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
sb childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
sb low dose asa ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
st joseph low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
st joseph low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
CODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
acetaminophen-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (30 mL per 1 day)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	1 or 1a*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg	1 or 1a*	AL; QL (6 tablet per 1 day)
ascomp-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 capsules per 1 day)
butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
butalbital-asa-caff-codeine oral capsule	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
DIHYDROCODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
trezix oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
HYDROCODONE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
hydrocodone-acetaminophen oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fentanyl citrate buccal tablet	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
fentanyl transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml	3	
hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml	1 or 1b*	
hydromorphone hcl oral liquid	1 or 1b*	QL (24 mL per 1 day)
hydromorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (*morphine sulfate microinfusion*)	3	
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablet per 1 day)
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	1 or 1b*	
morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml	3	
morphine sulfate oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
morphine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (*tapentadol hcl*)	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (*tapentadol hcl*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (*tapentadol hcl*)	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (*oliceridine fumarate*)	3	
oxycodone hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tramadol hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	PA; QL (16 tablets per 1 day)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*remifentanil hcl*)	3	
OPIOID COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
APADAZ ORAL TABLET (*benzhydrocodone-acetaminophen*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL (6 tablets per 1 day)
endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
endocet oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (30 ML per 1 day)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
OPIOID PARTIAL AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
BELBUCA BUCCAL FILM (*buprenorphine hcl*)	3	PA; QL (2 film per 1 day)
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*buprenorphine*)	5	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*buprenorphine*)	5	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*)	5	LD; QL (1 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	2	QL (23 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	2	QL (12 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	2	QL (5 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	2	QL (3 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG (*buprenorphine hcl-naloxone hcl*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
TRAMADOL COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
tramadol-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES**		
ANDROGENS - DRUGS FOR MEN**		
danazol oral capsule 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
danazol oral capsule 200 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (*testosterone cypionate*)	1 or 1b*	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (*testosterone undecanoate*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS**		
INTRARECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
budesonide rectal foam 2 mg	1 or 1b*	QL (4.78 gm per 1 day)
budesonide rectal foam 2 mg/act	1 or 1b*	QL (4.78 grams per 1 day)
CORTENEMA RECTAL ENEMA (*hydrocortisone*)	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (*hydrocortisone acetate*)	3	QL (2.15 gram per 1 day)
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
NITRATE VASODILATING AGENTS - RECTAL PREPARATIONS**		
nitroglycerin rectal ointment	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT (*nitroglycerin*)	3	QL (1 unit per 1 day)
RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone ace-pramoxine*)	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (*hydrocortisone ace-pramoxine*)	3	
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (*hydrocortisone ace-pramoxine*)	3	
RECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone*)	3	
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (*hydrocortisone*)	1 or 1b*	
procto-med hc external cream	1 or 1b*	
proctosol hc external cream	1 or 1b*	
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%	1 or 1b*	
mexiletine hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
flecainide acetate oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
propafenone hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE III - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
amiodarone hcl intravenous solution	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (*ibutilide fumarate*)	3	
dofetilide oral capsule	1 or 1b*	LD
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET (*dronedarone hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (*amiodarone hcl in dextrose*)	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ADRENERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL (*albuterol-budesonide*)	2	QL (3 inhalers per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*umeclidinium-vilanterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; SP
LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ACCOLATE ORAL TABLET (*zafirlukast*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
montelukast sodium oral packet	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (*ensifentrine*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*rivaroxaban*)	2	QL (1 pack per 365 days)
HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
bd heparin posiflush intravenous solution	1 or 1b*	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%	1 or 1b*	
HEPARIN (PORCINE) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	3	
heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution	1 or 1b*	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%	3	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%	1 or 1b*	
heparin sod (pork) lock flush intravenous solution	1 or 1b*	
heparin sodium (porcine) injection solution	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML	3	
LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
enoxaparin sodium injection solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML (*dalteparin sodium*)	3	QL (8 mL per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (*dalteparin sodium*)	3	QL (6 vials per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dalteparin sodium*)	3	QL (30 syringes per 30 days)
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
subvenite 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*)	5	LD; QL (10 bottles per 30 days)
CARBAMATES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
felbamate oral suspension	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
felbamate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (*cenobamate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (*cenobamate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 pack per 28 days)
GABA MODULATORS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
tiagabine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
vigabatrin oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
vigabatrin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
vigadrone oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
VIGAFYDE ORAL SOLUTION (*vigabatrin*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (*phenytoin*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (*phenytoin sodium extended*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (*phenytoin sodium extended*)	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION (*phenytoin*)	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION (*phenytoin*)	3	
fosphenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE (*phenytoin sodium extended*)	1 or 1b*	
phenytoin infatabs oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin oral suspension	1 or 1b*	
phenytoin oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin sodium extended oral capsule	1 or 1b*	
phenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
SUCCINIMIDES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
CELONTIN ORAL CAPSULE (*methsuximide*)	3	QL (4 capsules per 1 day)
ethosuximide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
ethosuximide oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
methsuximide oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
VALPROIC ACID - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	1 or 1b*	
valproic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
valproic acid oral solution	1 or 1b*	
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*	
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET (*mirtazapine*)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (*mirtazapine*)	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (*zuranolone*)	5	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (*zuranolone*)	5	PA; LD; QL (14 capsules per 1 fill)
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR (*selegiline*)	3	QL (1 patch per 1 day)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR (*selegiline*)	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET (*isocarboxazid*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NARDIL ORAL TABLET (*phenelzine sulfate*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PARNATE ORAL TABLET (*tranylcypromine sulfate*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
phenelzine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
tranylcypromine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
N-METHYL-D-ASPARTIC ACID (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (*esketamine hcl*)	5	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (*esketamine hcl*)	5	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 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
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PAMELOR ORAL CAPSULE 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*)	5	PA; LD
BIGUANIDES - DRUGS FOR DIABETES**		
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral solution	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*; $0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (*metformin hcl*)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
DIABETIC OTHER - DRUGS FOR DIABETES**		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (*glucagon*)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (*glucagon*)	3	QL (1 pack per 30 days)
diazoxide oral suspension	1 or 1b*	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	1 or 1b*	QL (2 kits per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*glucagon*)	3	QL (2 packs per 30 days)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 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)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - 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)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (*deferiprone*)	5	PA; LD
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (*acetylcysteine*)	3	
acetylcysteine intravenous solution	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coag fact xa inactivated-zhzo*)	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (*sugammadex sodium*)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*hydroxocobalamin*)	3	
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted	4	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*deferoxamine mesylate*)	5	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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*naltrexone*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - 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)
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD
ANTIHYPERLIPIDEMICS - MISC. - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (*icosapent ethyl*)	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (*icosapent ethyl*)	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
BILE ACID SEQUESTRANTS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
cholestyramine light oral packet	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
cholestyramine light oral powder	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
cholestyramine oral packet	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
cholestyramine oral powder	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*inclisiran sodium*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
benazepril hcl oral tablet 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)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 nitroprusside intravenous solution	1 or 1b*	
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS**		
FLAGYL ORAL CAPSULE (*metronidazole*)	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (*miltefosine*)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
metronidazole oral capsule	1 or 1a*	
metronidazole oral tablet	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (*pentamidine isethionate*)	3	LD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*pentamidine isethionate*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CARBAPENEM COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imipenem-cilastatin*)	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imipenem-cilastatin-relebactam*)	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*meropenem-vaborbactam*)	3	
CARBAPENEMS - ANTIBIOTICS**		
ertapenem sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CHLORAMPHENICALS - ANTIBIOTICS**		
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CYCLIC LIPOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
daptomycin-sodium chloride intravenous solution	3	
GLYCOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*dalbavancin hcl*)	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*vancomycin hcl*)	3	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*oritavancin diphosphate*)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*oritavancin diphosphate*)	3	
VANCOCIN ORAL CAPSULE (*vancomycin hcl*)	3	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 500-5 MG/100ML-%	3	QL (200 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 750-5 MG/150ML-%	3	QL (300 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 500-0.9 MG/100ML-%	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1250 MG/250ML	3	QL (500 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1500 MG/300ML	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1750 MG/350ML	3	QL (700 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/400ML	3	QL (800 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/100ML	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/150ML	3	QL (300 mL per 1 day)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.75 gm, 2 gm, 500 mg	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM, 1.5 GM, 750 MG	3	QL (2 vials per 1 day)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 5 gm	3	QL (1 vial per 30 days)
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
vancomycin hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	1 or 1b*	PA; QL (1200 mL per 30 days)
VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*telavancin hcl*)	3	
LEPROSTATICS - ANTIBIOTICS**		
dapsone oral tablet	1 or 1b*	
LINCOSAMIDES - ANTIBIOTICS**		
CLEOCIN ORAL CAPSULE (*clindamycin hcl*)	3	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*clindamycin palmitate hcl*)	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (*clindamycin phosphate*)	3	
clindamycin hcl oral capsule	1 or 1b*	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clindamycin phosphate injection solution	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (*lincomycin hcl*)	3	
lincomycin hcl injection solution	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MONOBACTAMS - ANTIBIOTICS**		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*aztreonam*)	3	
aztreonam injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (*aztreonam lysine*)	5	LD; QL (3 vials per 1 day); SP
OXAZOLIDINONES - ANTIBIOTICS**		
linezolid in sodium chloride intravenous solution	3	
linezolid intravenous solution	1 or 1b*	
linezolid oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
linezolid oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tedizolid phosphate*)	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET (*tedizolid phosphate*)	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (*linezolid*)	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*linezolid*)	3	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET (*linezolid*)	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
POLYMYXINS - ANTIBIOTICS**		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*colistimethate sodium*)	3	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
URINARY ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
fosfomycin tromethamine oral packet	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET (*methenamine hippurate*)	3	
MACROBID ORAL CAPSULE (*nitrofurantoin monohyd macro*)	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (*nitrofurantoin macrocrystal*)	3	
methenamine hippurate oral tablet	1 or 1b*	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml	3	
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMALARIAL COMBINATIONS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET (*artemether-lumefantrine*)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - ANTIBIOTICS**		
cycloserine oral capsule	1 or 1b*	
ethambutol hcl oral tablet	1 or 1b*	
isoniazid injection solution	1 or 1a*	
isoniazid oral syrup	1 or 1a*	
isoniazid oral tablet	1 or 1a*	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET (*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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR CANCER**		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pemetrexed disodium*)	3	PA; LD; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (*nelarabine*)	3	LD; SP
azacitidine injection suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
capecitabine oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
cladribine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
clofarabine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine (pf) injection solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine injection solution	1 or 1b*	LD; SP
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - ANTIBODY COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION (*nivolumab-relatlimab-rmbw*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (*mogamulizumab-kpkc*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tafasitamab-cxix*)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*loncastuximab tesirine-lpyl*)	3	PA; LD
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*polatuzumab vedotin-piiq*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CLDN18.2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*zolbetuximab-clzb*)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION (*tremelimumab-actl*)	3	PA; LD; SP
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (*ipilimumab*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (*naxitamab-gqgk*)	3	PA; LD
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*enfortumab vedotin-ejfv*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (*dostarlimab-gxly*)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (*pembrolizumab*)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (*cemiplimab-rwlc*)	3	PA; LD
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (*toripalimab-tpzi*)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (*nivolumab*)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (*tislelizumab-jsgr*)	3	PA; LD
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (*retifanlimab-dlwr*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (*avelumab*)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (*durvalumab*)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (*atezolizumab*)	3	PA; LD; SP
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - BCR-ABL KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
dasatinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG (*ponatinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG (*ponatinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG (*asciminib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (*asciminib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (*nilotinib hcl*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - BRAF KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE (*encorafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*tovorafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (8 bottles per 28 days); OC
OJEMDA ORAL TABLET (*tovorafenib*)	3; OC	PA; LD; QL (24 tablets per 28 days); OC
TAFINLAR ORAL CAPSULE (*dabrafenib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE (*dabrafenib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (15 tablets per 1 day); SP; OC
ZELBORAF ORAL TABLET (*vemurafenib*)	2; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BRUKINSA ORAL CAPSULE (*zanubrutinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
CALQUENCE ORAL TABLET (*acalabrutinib maleate*)	2; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (*ibrutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (*glasdegib maleate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (*glasdegib maleate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (*vismodegib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ODOMZO ORAL CAPSULE (*sonidegib phosphate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
WELIREG ORAL TABLET (*belzutifan*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*belinostat*)	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*romidepsin*)	3	PA; LD; SP
romidepsin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE (*vorinostat*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
AKEEGA ORAL TABLET (*niraparib-abiraterone acetate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS - DRUGS FOR CANCER**		
POMALYST ORAL CAPSULE (*pomalidomide*)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG (*sotorasib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
COTELLIC ORAL TABLET (*cobimetinib fumarate*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (*selumetinib sulfate*)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (*selumetinib sulfate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (40 mL per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (*trametinib dimethyl sulfoxide*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
MEKTOVI ORAL TABLET (*binimetinib*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TABRECTA ORAL TABLET (*capmatinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TEPMETKO ORAL TABLET (*tepotinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TAZVERIK ORAL TABLET (*tazemetostat hbr*)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
everolimus oral tablet soluble	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*sirolimus protein-bound part*)	3	PA; LD
temsirolimus intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (*temsirolimus*)	3	PA; LD; SP
everolimus (Torpenz Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; LD; 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - MULTIKINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CABOMETYX ORAL TABLET (*cabozantinib s-malate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (*vandetanib*)	2; OC	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (*vandetanib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (*cabozantinib s-malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
FOTIVDA ORAL CAPSULE (*tivozanib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
lapatinib ditosylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
NERLYNX ORAL TABLET (*neratinib maleate*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
NEXAVAR ORAL TABLET (*sorafenib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
pazopanib hcl oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
QINLOCK ORAL TABLET (*ripretinib*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
RYDAPT ORAL CAPSULE (*midostaurin*)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
sorafenib tosylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
STIVARGA ORAL TABLET (*regorafenib*)	2; OC	PA; LD; QL (84 tablets per 28 days); SP; OC
sunitinib malate oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
SUTENT ORAL CAPSULE (*sunitinib malate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
TURALIO ORAL CAPSULE (*pexidartinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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 chry-rywn*)	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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*)	5	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*)	5	LD; SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (*arsenic trioxide*)	3	LD; SP
AROMATASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
anastrozole oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
AROMASIN ORAL TABLET (*exemestane*)	3; OC	LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
exemestane oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; QL (2 tablets per 1 day); OC

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; SP

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FOLIC ACID 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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*)	5	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)*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NITROGEN MUSTARDS AND RELATED ANALOGUES - DRUGS FOR CANCER**		
cyclophosphamide injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/5ml	3	LD; SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML	3	LD; SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/10ML	3	LD
cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml	3	LD
cyclophosphamide oral capsule	1 or 1b*; OC	LD; SP; OC
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3; OC	LD; OC
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*melphalan hcl*)	3	LD; SP
HEPZATO W/50MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (*melphalan hcl*)	3	LD
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (*melphalan hcl*)	3	LD
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ifosfamide*)	3	LD; SP
ifosfamide intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OTOPROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION (*sodium thiosulfate*)	3	PA; LD
PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*copanlisib hcl*)	3	PA; LD
COPIKTRA ORAL CAPSULE (*duvelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG (*inavolisib*)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG (*inavolisib*)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYDELIG ORAL TABLET (*idelalisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (*elacestrant hydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
bexarotene oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
TETRAHYDROISOQUINOLINES - DRUGS FOR CANCER**		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trabectedin*)	3	LD; SP
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*sacituzumab govitecan-hziy*)	3	PA; LD
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (*irinotecan hcl*)	3	LD; SP
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*topotecan hcl*)	3	LD; SP
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (*topotecan hcl*)	2; OC	PA; LD; SP; OC
irinotecan hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (*irinotecan hcl liposome*)	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (*axitinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*lenvatinib mesylate*)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (*bevacizumab-awwb*)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (*ziv-aflibercept*)	3	PA; LD; SP
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR PARKINSON**		
NOURIANZ ORAL TABLET (*istradefylline*)	5	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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (*amantadine hcl*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (*amantadine hcl*)	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (*levodopa*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET (*carbidopa-levodopa*)	3	
NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR PARKINSON**		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*apomorphine hcl*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (*carbamazepine (antipsychotic)*)	3	QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (*carbamazepine (antipsychotic)*)	3	QL (5 capsules per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	AL
lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; AL
lurasidone hcl oral tablet 60 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE (*pimavanserin tartrate*)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (*pimavanserin tartrate*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - INTEGRASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE (*cabotegravir*)	3	LD; QL (1 vial per 2 months)
ISENTRESS HD ORAL TABLET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APTIVUS ORAL CAPSULE (*tipranavir*)	2	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 300 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 day)
darunavir oral tablet 600 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
darunavir oral tablet 800 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
fosamprenavir calcium oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET (*ritonavir*)	3	LD; QL (12 packets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (*darunavir*)	2	LD; QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (*darunavir*)	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (*darunavir*)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (*atazanavir sulfate*)	2	LD; QL (5 packets per 1 day)
ritonavir oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (*nelfinavir mesylate*)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (*nelfinavir mesylate*)	2	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EDURANT ORAL TABLET (*rilpivirine hcl*)	2	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	5	LD; SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	5	LD; SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	4	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (*maribavir*)	5	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (*letermovir*)	5	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET (*letermovir*)	5	PA; LD; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*valganciclovir hcl*)	3	LD
VALCYTE ORAL TABLET (*valganciclovir hcl*)	3	LD
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	LD
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	LD
HEPATITIS B AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
adefovir dipivoxil oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (*entecavir*)	5	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*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	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)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
diltiazem hcl er oral 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)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	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
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*)	5	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; QL (1 pack 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; SP
treprostinil injection solution	4	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*epoprostenol sodium*)	4	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (*iloprost*)	5	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
PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR - DRUGS FOR THE HEART**		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT (*sotatercept-csrk*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)*)	5	PA; LD; QL (10 ml per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*selexipag*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (*selexipag*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (*selexipag*)	5	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	
***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*)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (*tafamidis meglumine (cardiac)*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefdinir oral capsule	1 or 1b*	
cefdinir oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefixime oral capsule	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	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
setlakin oral tablet	1 or 1b*; $0	
simpesse oral tablet	1 or 1b*; $0	
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS - BIRTH CONTROL PILLS**		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (*etonogestrel*)	5	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*)	5	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	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
tri-vylibra oral tablet	1 or 1b*; $0	
velivet 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (1 injection per 1 knee)
MINERALOCORTICOIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
fludrocortisone acetate oral tablet	1 or 1b*	
STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (*betamethasone sod phos & acet*)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 1 year)
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*spesolimab-sbzo*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIVIRALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM (*penciclovir*)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
penciclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (*acyclovir*)	3	QL (30 gm per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
betamethasone valerate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone valerate external ointment	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clobetasol propionate e external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate emulsion external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external foam	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
clobetasol propionate external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
clobetasol propionate external lotion	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external shampoo	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
clobetasol propionate external solution	1 or 1b*	QL (50 mL per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluocinonide external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
flurandrenolide external cream	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
flurandrenolide external lotion	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
fluticasone propionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
fluticasone propionate external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
fluticasone propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
halcinonide external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
halobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)*)	5	PA; LD
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*daxibotulinumtoxina-lanm*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
imiquimod external cream 5 %	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
imiquimod pump external cream	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM (*imiquimod*)	3	ST; QL (28 units per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % (*imiquimod*)	3	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (*imiquimod*)	3	ST; QL (1 bottle per 28 days)
KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
CONDYLOX EXTERNAL GEL (*podofilox*)	3	ST; QL (7 grams per 28 days)
podofilox external gel	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)
podofilox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANTH EXTERNAL SOLUTION (*cantharidin*)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
LINIMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KLISYRI (350 MG) EXTERNAL OINTMENT (*tirbanibulin*)	3	
MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
MISC. TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
QBREXZA EXTERNAL PAD (*glycopyrronium tosylate*)	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
tavaborole external solution	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (*crisaborole*)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMELUZ EXTERNAL GEL (*aminolevulinic acid hcl*)	3	
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SCABICIDES & PEDICULICIDES - DRUGS FOR THE SKIN**		
crotan external lotion	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ELIMITE EXTERNAL CREAM (*permethrin*)	3	QL (120 grams per 30 days)
malathion external lotion	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (*spinosad*)	3	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION (*malathion*)	3	QL (4 mL per 1 day)
permethrin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
spinosad external suspension	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
SCAR TREATMENT PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
COPASIL EXTERNAL GEL (*scar treatment products*)	3	
***SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN**		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION (*hydrogen peroxide*)	3	
STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM (*pramoxine-hc*)	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (*pramoxine-hc*)	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (*pramoxine-hc*)	2	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (*amniotic memb-fluid allograft*)	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (*amniotic fluid allograft*)	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM (*skin allograft (human)*)	3	
TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
lidocaine-prilocaine external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
lidocaine-prilocaine external kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (*hydroactive dressings*)	3	
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
DIAGNOSTIC TESTS**		
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (*glucose blood*)	2	QL (204 strips per 30 days)
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*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CAROSPIR ORAL SUSPENSION (*spironolactone*)	3	
spironolactone oral suspension	1 or 1b*	
spironolactone oral tablet	1 or 1a*	
triamterene oral capsule	1 or 1b*	
THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
chlorthalidone oral tablet	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION (*chlorothiazide*)	3	
hydrochlorothiazide oral capsule	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1a*	
indapamide oral tablet	1 or 1b*	
metolazone oral tablet	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET (*chlorthalidone*)	3	
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES**		
ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
MIFEPREX ORAL TABLET (*mifepristone*)	3	$0 for Fully insured members in California
mifepristone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	$0 for Fully insured members in California
ACID SPHINGOMYELINASE DEFICIENCY (ASMD) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XENPOZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*olipudase alfa-rpcp*)	5	PA; LD; SP
ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*elapegademase-lvlr*)	5	PA; LD
ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*velmanase alfa-tycv*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
risedronate sodium oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
zoledronic acid intravenous concentrate	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML	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*)	5	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)*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
FABRY DISEASE - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION (*pegunigalsidase alfa-iwxj*)	5	PA; LD; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*agalsidase beta*)	5	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (*migalastat hcl*)	5	PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)
GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alglucosidase alfa*)	5	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*avalglucosidase alfa-ngpt*)	5	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (*miglustat (gaa deficiency)*)	5	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*cipaglucosidase alfa-atga*)	5	PA; LD; SP
GNRH/LHRH ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cetrorelix acetate subcutaneous kit	4	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (*cetrorelix acetate*)	5	PA; LD; SP
fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	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*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH) - DRUGS FOR GROWTH**		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tesamorelin acetate*)	5	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
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)*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (*somatropin (non-refrigerated)*)	5	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*)	5	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE (*nitisinone*)	5	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION (*nitisinone*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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*)	5	PA; LD
INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R) - DRUGS FOR THYROID**		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*teprotumumab-trbw*)	5	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)
INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS) - HORMONES**		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (*mecasermin*)	5	PA; LD; SP
LEPTIN ANALOGUES - HORMONES**		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*metreleptin*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG (*leuprolide acetate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (*leuprolide acetate*)	5	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (*leuprolide acetate (3 month)*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 12 weeks); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (*leuprolide acetate (3 month)*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (*leuprolide acetate (6 month)*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (*histrelin acetate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (*nafarelin acetate*)	5	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*triptorelin pamoate*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 168 days)
LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (*sebelipase alfa*)	3	PA; LD; SP
MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fosdenopterin hydrobromide*)	5	PA; LD
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (*laronidase*)	5	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (*idursulfase*)	5	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (*elosulfase alfa*)	5	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (*galsulfase*)	5	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (*vestronidase alfa-vjbk*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NATRIURETIC PEPTIDES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*vosoritide*)	5	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	5	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*)	5	PA; LD; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chorionic gonadotropin*)	5	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*choriogonadotropin alfa*)	5	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chorionic gonadotropin*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (*pegvaliase-pqpz*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
EVISTA ORAL TABLET (*raloxifene hcl*)	3; $0	QL (1 tablet per 1 day)
OSPHENA ORAL TABLET (*ospemifene*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
JYNARQUE ORAL TABLET (*tolvaptan*)	5	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (*tolvaptan*)	5	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	5	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*octreotide acetate*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (*octreotide acetate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (*octreotide acetate*)	5	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*pasireotide pamoate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pasireotide diaspartate*)	5	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanreotide acetate*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLET (*sodium phenylbutyrate*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DDAVP ORAL TABLET 0.2 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*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML (*burosumab-twza*)	5	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML (*burosumab-twza*)	5	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP
***ESTROGENS* - HORMONES**		
ESTROGEN & PROGESTIN - DRUGS FOR WOMEN**		
ACTIVELLA ORAL TABLET (*estradiol-norethindrone acet*)	3	
ANGELIQ ORAL TABLET (*drospirenone-estradiol*)	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE (*estradiol-progesterone*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*estradiol-levonorgestrel*)	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (*estradiol-norethindrone acet*)	2	QL (8 patch per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet	1 or 1b*	
fyavolv oral tablet	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
URSO FORTE ORAL TABLET (*ursodiol*)	3	
ursodiol oral capsule 300 mg	1 or 1b*	
ursodiol oral tablet	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
cromolyn sodium oral concentrate	1 or 1b*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS - DRUGS FOR CONSTIPATION**		
LINZESS ORAL CAPSULE (*linaclotide*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
IBS AGENT - MU-OPIOID RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
VIBERZI ORAL TABLET (*eluxadoline*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
alosetron hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG (*odevixibat*)	5	PA; LD; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (*odevixibat*)	5	PA; LD; QL (10 pellets per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (*odevixibat*)	5	PA; LD; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (*odevixibat*)	5	PA; LD; QL (15 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML (*maralixibat chloride*)	5	PA; LD; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (*maralixibat chloride*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (*fecal microb spores, live-brpk*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (*sucroferric oxyhydroxide*)	2	QL (3 tablets per 1 day)
TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
XERMELO ORAL TABLET (*telotristat etiprate*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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*)	5	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*cysteamine bitartrate*)	5	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (*cysteamine bitartrate*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 chloride irrigation solution	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
FILSPARI ORAL TABLET (*sparsentan*)	5	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*)	5	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*nedosiran sodium*)	5	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*nedosiran sodium*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
allopurinol oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*allopurinol sodium*)	3	
colchicine oral tablet	2	QL (2.3 tablet per 1 day)
febuxostat oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (*colchicine*)	3	QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (*pegloticase*)	5	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	5	PA; LD
AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA - DRUGS FOR THE BLOOD**		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (*givosiran sodium*)	5	PA; LD
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*emicizumab-kxwh*)	5	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	5	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (*antihemophil fact single chain*)	5	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor-vwf*)	5	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix*)	5	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (rfixfc)*)	5	PA; LD; SP
ALTUVIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact fc-vwf-xten-ehtl*)	5	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*prothrombin complex human-lans*)	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (*coagulation factor ix (recomb)*)	5	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor x (human)*)	5	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (*factor xiii concentrate human*)	5	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact (bdd-rfviiifc)*)	5	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemoph fact rcmb gpeg-exei*)	5	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antiinhibitor coagulant cmplx*)	5	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fibrinogen concentrate (human)*)	5	PA; LD; SP
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	5	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor-vwf*)	5	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (rix-fp)*)	5	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (recomb)*)	5	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ahf (bdd-rfviii peg-aucl)*)	5	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (*prothrombin complex conc human*)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	5	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	5	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (*antihem factor recomb (rfviii)*)	4	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil factor (rahf-pfm)*)	5	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil fact bd truncated*)	4	LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor viia recomb*)	5	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,sim)*)	5	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact (bdd-rfviii,sim)*)	5	PA; LD; SP
obizur intravenous solution reconstituted	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*factor ix complex*)	5	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix glycopeg*)	5	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem factor recomb (rfviii)*)	5	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fibrinogen concentrate (human)*)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor viia-jncw*)	5	PA; LD; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor xiii a-sub*)	5	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*von willebrand factor (recomb)*)	5	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (*antihemophilic factor-vwf*)	5	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,mor)*)	5	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,mor)*)	5	PA; LD; SP
ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CABLIVI INJECTION KIT (*caplacizumab-yhdp*)	5	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)*)	5	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*c1 esterase inhibitor (human)*)	5	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	5	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	5	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*c1 esterase inhibitor (recomb)*)	5	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 C1 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (*sutimlimab-jome*)	5	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pegcetacoplan*)	5	PA; LD; QL (200 mL per 30 days)
COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PIASKY INJECTION SOLUTION (*crovalimab-akkz*)	5	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (*eculizumab*)	5	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (*ravulizumab-cwvz*)	5	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (*pozelimab-bbfg*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*zilucoplan sodium*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FABHALTA ORAL CAPSULE (*iptacopan hcl*)	5	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
VOYDEYA ORAL TABLET (*danicopan*)	5	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (*danicopan*)	5	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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tirofiban hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEMATORHEOLOGIC AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
pentoxifylline er oral tablet extended release	1 or 1b*	
HEMIN - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*hemin*)	3	LD
HUMAN PROTEIN C - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*protein c concentrate (human)*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*lanadelumab-flyo*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (*ecallantide*)	5	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (*berotralstat hcl*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (*plasma human*)	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*plasminogen human-tvmh*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*mitapivat sulfate*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	LD
TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alteplase*)	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*alteplase*)	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT (*tenecteplase*)	3	
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AGENTS FOR GAUCHER DISEASE - DRUGS FOR NUTRITION**		
CERDELGA ORAL CAPSULE (*eliglustat tartrate*)	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imiglucerase*)	2	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*taliglucerase alfa*)	5	PA; LD; SP
miglustat oral capsule	2	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*velaglucerase alfa*)	5	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*)	5	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (*plerixafor*)	5	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XOLREMDI ORAL CAPSULE (*mavorixafor*)	5	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*)	5	PA; LD; SP
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*)	5	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*methoxy peg-epoetin beta*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
kp folic acid oral tablet 800 mcg	1 or 1a*; $0	
qc folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
ra folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
sm folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
true folic acid oral tablet 400 mcg	1 or 1a*; $0	
yl folic acid oral tablet	1 or 1a*; $0	
GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (*tbo-filgrastim*)	5	PA; LD; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tbo-filgrastim*)	5	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*)	5	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*)	5	PA; LD; SP
IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (*ferric maltol*)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (*ferumoxytol*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (*na ferric gluc cplx in sucrose*)	5	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*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	4	PA; LD; QL (16 vials per 8 weeks); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (*iron sucrose*)	5	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
SELECTIN BLOCKERS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (*crizanlizumab-tmca*)	5	PA; LD; SP
THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
DOPTELET ORAL TABLET (*avatrombopag maleate*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (*lusutrombopag*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*romiplostim*)	5	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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MIDAZOLAM HCL-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)
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*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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)
EASY TOUCH LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (*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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP (*lancet devices*)	2	
GOJJI STERILE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
goodsense lancing device	2	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR (*continuous glucose sensor*)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (2 units per 1 year)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (*continuous glucose receiver*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (*continuous glucose sensor*)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IHEALTH LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
IN TOUCH LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KINNEY THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
kroger lancing device	2	
lancet device	2	
lancet device with ejector	2	
LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS SUPER THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
lancing device	2	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVA SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING (*lancet devices*)	2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
PERFECT LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED	2	QL (204 lancets per 30 days)
PREFERRED PLUS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRO COMFORT LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
pro comfort safety lancets 30g	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
px advanced lancing device	2	
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
qc advanced lancing device	2	
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK 2 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)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUM SAFETY PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U-500 (*insulin syringe/needle u-500*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (*insulin syringe-needle u-100*)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F (*insulin pen needle*)	2	QL (200 needles per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 15/64" 0.3 ML, 30G X 15/64" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET MICRON (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EQL INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GNP INSULIN SYRINGES	3	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
insulin syringe-needle u-100 27g x 1/2" 0.5 ml, 27g x 1/2" 1 ml, 28g x 1/2" 0.5 ml, 28g x 1/2" 1 ml, 30g x 1/2" 1 ml	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
INSUPEN PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDIC INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MEIJER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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	
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS**		
ACTIVATED PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE DELTA SYNDROME AGENT - VITAMINS AND MINERALS**		
JOENJA ORAL TABLET (*leniolisib phosphate*)	5; 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*)	5	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*belimumab*)	5	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*belimumab*)	5	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	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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*)	5	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*)	5	PA; LD; SP
FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (*lonafarnib*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
FECAL INCONTINENCE BULKING AGENT - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
SOLESTA INJECTION GEL (*dextranomer-sodium hyaluronate*)	5	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
IMMUNOMODULATORS - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*efgartigimod alfa-hyalur-qvfc*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; SP
IRRIGATION SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
argyle sterile water irrigation solution	1 or 1b*	
lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*	
physiolyte irrigation solution	1 or 1b*	
physiosol irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
tis-u-sol irrigation solution	1 or 1b*	
water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (*rozanolixizumab-noli*)	5	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (*rozanolixizumab-noli*)	5	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (*efgartigimod alfa-fcab*)	5	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB - VITAMINS AND MINERALS**		
VIJOICE ORAL PACKET (*alpelisib*)	5	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (*alpelisib*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (*alpelisib*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
POTASSIUM REMOVING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (*sodium zirconium cyclosilicate*)	3	QL (34 packets per 30 days)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
UREMIC PRURITUS AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION (*difelikefalin acetate*)	3	PA
***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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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-INFECTIVES - THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clotrimazole mouth/throat troche	1 or 1b*	QL (5 tablet per 1 day)
nystatin mouth/throat suspension	3	QL (24 mL per 1 day)
ORAVIG BUCCAL TABLET (*miconazole*)	3	
ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION (*chlorhexidine gluconate*)	3	QL (480 mL per 30 days)
periogard mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
sodium fluoride 5000 enamel dental gel	1 or 1b*	
sodium fluoride 5000 sensitive dental gel	1 or 1b*	
FLUORIDE DENTAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
clinpro 5000 dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
denta 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
dentagel dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
easygel dental gel	1 or 1b*	
fluoridex daily renewal mouth/throat concentrate	1 or 1b*	
fluoridex dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
fluoridex enhanced whitening dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
fraiche 5000 dental dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sf dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride mouth/throat solution	1 or 1a*	
SALIVA STIMULANTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
cevimeline hcl 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EVOXAC ORAL CAPSULE (*cevimeline hcl*)	3	
pilocarpine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET (*pilocarpine hcl*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
triamcinolone acetonide (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
oralone mouth/throat paste	1 or 1b*	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
B-COMPLEX VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-b12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex plus b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-c-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
dialyvite 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	1 or 1b*; $0	
kp b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
nephro vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET (*b complex-c-folic acid*)	1 or 1b*; $0	
renal vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
rena-vite 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
multiple vitamin-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins essential 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 prenatal oral tablet	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL (*prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET (*prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (*prenat-fecbn-feaspgl-fa-fish*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET (*prenatal vit-iron carbonyl-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (*prenatal w/o a vit-fe fum-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (*prenatal-feaspgly-methylfol-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRIMACARE ORAL CAPSULE (*pren-fe-meth-fa-omeg w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (*prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
QC PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL - DRUGS FOR NUTRITION**		
COMPLETE NATAL DHA ORAL	2	QL (2 units per 1 day)
wesnatal dha complete oral	2	QL (2 units per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA - DRUGS FOR NUTRITION**		
CITRANATAL 90 DHA ORAL (*prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (*prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (*prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAFOL-OB+DHA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (*prenatal vit-fepoly-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (*prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL (*prenat-fechel-fa-dha w/o vit a*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MV & MINERALS W/FA WITHOUT IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (*prenat mv-min-methylfolate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
PREMESISRX ORAL TABLET (*prenatal ca-b6-b12-fa-ginger*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prena1 oral tablet chewable	3	
PRENATE AM ORAL TABLET (*prenatal ca-b6-b12-fa-ginger*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
CENTRAL MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
baclofen oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carisoprodol oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
methocarbamol injection solution	1 or 1b*	
methocarbamol oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
methocarbamol oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (*methocarbamol*)	3	
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (*palovarotene*)	5	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
VISCOSUPPLEMENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	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)*)	5	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	5	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)*)	5	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)*)	5	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE**		
ANTIHISTAMINE-STEROID - ALLERGY**		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL ANESTHETICS - ALLERGY**		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (*cocaine hcl (nasal anesthetic)*)	3	
NASAL ANTICHOLINERGICS - ALLERGY**		
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
NASAL ANTIHISTAMINES - ALLERGY**		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
olopatadine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL STEROIDS - ALLERGY**		
flunisolide nasal solution	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
fluticasone propionate nasal suspension	1 or 1a*	BE; QL (1 bottle per 30 days)
mometasone furoate nasal suspension	3	ST; BE; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (*mometasone furoate*)	3	
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*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (*edaravone*)	5	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*)	5	PA; LD; 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (*eteplirsen*)	5	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (*viltolarsen*)	5	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (*golodirsen*)	5	PA; LD
***MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (*givinostat hcl*)	5	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*onabotulinumtoxina*)	5	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*abobotulinumtoxina*)	5	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (*rimabotulinumtoxinb*)	5	PA; LD; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*incobotulinumtoxina*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (120 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*risdiplam*)	5	PA; LD; QL (5 mg per 1 day)
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINO ACID MIXTURES - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (*amino acid infusion*)	3	
aminosyn ii intravenous solution 15 %	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d5w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d10w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d5w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d15w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d20w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d10w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d5w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d15w*)	3	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
AMINO ACIDS-SINGLE - DRUGS FOR NUTRITION**		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (*cysteine hcl*)	3	
CARBOHYDRATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
LIPIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emuls plant base(soy/oliv)*)	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID (*triheptanoin*)	5	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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - 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)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 IMMUNOMODULATORS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (*cyclosporine*)	2	QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (*cyclosporine*)	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION (*cyclosporine*)	3	PA; QL (120 vials per 30 days)
OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (*ophth irr soln-intraocular*)	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (*ophth irr soln-intraocular*)	3	
OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (*netarsudil-latanoprost*)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS - DRUGS FOR THE EYE**		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (*lidocaine hcl*)	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (*proparacaine hcl*)	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL (*chloroprocaine hcl*)	3	
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS - DRUGS FOR THE EYE**		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (*cenegermin-bkbj*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (*nepafenac*)	3	QL (3 mL per 30 days)
OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE EYE**		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*verteporfin*)	5	LD; QL (1 fill per 30 days); SP
OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*riboflav5 & riboflav5-dextran*)	3	
OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (*netarsudil dimesylate*)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
apraclonidine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
brimonidine tartrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (*apraclonidine hcl*)	3	
OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (*neomycin-polymyxin-dexameth*)	3	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (*neomycin-polymyxin-dexameth*)	3	QL (20 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (7 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension	1 or 1b*	
neo-polycin hc ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (*tobramycin-dexamethasone*)	2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol-tobramycin*)	2	QL (20 mL per 30 days)
OPHTHALMIC STEROIDS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution	1 or 1b*	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (*dexamethasone*)	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (*dexamethasone*)	3	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol etabonate*)	3	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (*loteprednol etabonate*)	3	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (*loteprednol etabonate*)	3	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION (*loteprednol etabonate*)	3	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL (*loteprednol etabonate*)	3	QL (10 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic gel	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (*dexamethasone*)	3	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (*dexamethasone*)	3	PA; LD; SP
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (*prednisolone acetate*)	3	
prednisolone acetate ophthalmic suspension	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (20 mL per 30 days)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (*fluocinolone acetonide*)	3	PA; LD; SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (*triamcinolone acetonide*)	3	
XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION (*triamcinolone acetonide*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 SURGICAL AIDS - DRUGS FOR THE EYE**		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	5	LD
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (*hypromellose*)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	5	LD
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	5	LD
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	5	LD
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	5	LD
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	5	LD
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*brilliant blue g*)	3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate*)	3	
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*trypan blue*)	3	
***OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE**		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION (*oxymetazoline hcl*)	3	PA; QL (30 containers per 30 days)
***OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE**		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION (*cysteamine hcl*)	3	PA; QL (4 bottles per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (*cysteamine hcl*)	4	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (*bimatoprost*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE EYE**		
BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*brolucizumab-dbll*)	5	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*)	5	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*aflibercept-ayyh*)	5	PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab*)	5	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (*ranibizumab*)	5	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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*)	5; $0	PA; LD; QL (2 syringe 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (*nirsevimab-alip*)	5; $0	PA; LD; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (*pemivibart*)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (*palivizumab*)	5	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*)	5	LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (*immune globulin (human)*)	5	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (*immune globulin (human)*)	4	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (*hepatitis b immune globulin*)	5	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*)	5	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b immune globulin*)	5	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (*rabies immune globulin*)	5	LD; SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	5	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*)	5	LD; SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	5	LD; SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	5	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (*hepatitis b immune globulin*)	5	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (*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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	5	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*rho d immune globulin*)	5	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*)	5	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*	
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (*alemtuzumab*)	5	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (*natalizumab*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*diroximel fumarate*)	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*)	5	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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (*patisiran sodium*)	5	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
SMOKING DETERRENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
cvs nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*ponesimod*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD; SP
CFTR POTENTIATORS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
KALYDECO ORAL PACKET (*ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (*ivacaftor*)	5	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*)	5	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (*lumacaftor-ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (*lumacaftor-ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (*tezacaftor-ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (*mannitol (cystic fibrosis)*)	5	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (*mannitol (cystic fibrosis)*)	5	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
HYDROLYTIC ENZYMES - DRUGS FOR THE LUNGS**		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (*dornase alfa*)	5	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OFEV ORAL CAPSULE (*nintedanib esylate*)	5	PA; LD; QL (2 capsules 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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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*	
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*esomeprazole sodium*)	3	
omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium-nacl intravenous solution	3	
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pantoprazole sodium*)	3	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
QUATERNARY ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (*glycopyrrolate*)	3	
GLYCATE ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	PA
glycopyrrolate injection solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	
GLYCOPYRROLATE ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA
GLYCOPYRROLATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML, 0.4 MG/2ML	1 or 1b*	
glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION (*glycopyrrolate*)	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*glycopyrrolate*)	3	
methscopolamine bromide oral tablet	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL (*metronid-tetracyc-bis subsal*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (*bis subcit-metronid-tetracyc*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL (*amoxicill-clarithro-omeprazole*)	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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIRAL VACCINE COMBINATIONS - VACCINES**		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (*influenza virus vaccine live*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (*rotavirus vaccine live oral*)	3; $0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (*rotavirus vac live pentavalent*)	3; $0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*zoster vac recomb adjuvanted*)	3; $0	
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (*clindamycin phosphate*)	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (*clindamycin phosphate (1 dose)*)	3	
metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL (*metronidazole*)	3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL (*metronidazole*)	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL (*clindamycin phosphate*)	3	PA; QL (1 applicator per 1 fill)
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*)	5	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (*progesterone*)	5	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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (*phenylephrine hcl (pressors)*)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
epinephrine injection solution 10 mg/10ml	3	
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=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 195
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 195
abacavir sulfate 104
abacavir sulfate-lamivudine 101
ABELCET 55
ABILIFY MAINTENA 100
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 100
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 100
abiraterone acetate 71
ABLYSINOL 115
ABRAXANE 90
ABRYSVO 259
ABSORICA 129
ABSORICA LD 129
ACAM2000 259
acamprosate calcium 243
acarbose 45
ACCOLATE 34
ACCRUFER 169
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET 182
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 182
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 182
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 182
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 182
ACCURETIC 60
accutane 129
ACCUTREND GLUCOSE 141
acebutolol hcl 107
ACETADOTE 51
acetaminophen 21
acetaminophen-codeine 23
acetazolamide 142
acetazolamide er 142
acetazolamide sodium 142
acetic acid 159, 238
acetylcysteine 51, 127
acitretin 131
ACTHAR 145
ACTHAR GEL 145
ACTHIB 258
ACTIFLOVIT EAR HEALTH 224
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE 171
ACTI-LANCE 28G 182
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G 182
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G 182
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G 182
ACTIMMUNE 86
ACTIVASE 167
ACTIVELLA 152
ACTONEL 143
ACULAR 234
ACULAR LS 234
ACUVAIL 234
acyclovir 106, 133
acyclovir sodium 106
ADACEL 254
ADAKVEO 170
adalimumab-adbm (2 pen) 17
adalimumab-adbm (2 syringe) 17
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 17
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 17
adapalene 129
adapalene-benzoyl peroxide 129
ADASUVE 99
ADCETRIS 74
ADDYI 248
adefovir dipivoxil 105
ADEMPAS 114
adenosine 30
ADIPEX-P 13
adjustable lancing device 182
ADRENALIN-NACL 262
adriamycin 84
ADVANCED MOBILE LANCET 182
ADVATE 161
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 195
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 195
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 195
ADVOCATE LANCETS 182
ADVOCATE LANCETS 30G 182
ADVOCATE LANCING DEVICE 182
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING 182
ADVOCATE SAFETY LANCETS 182
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G 182
ADYNOVATE 161
adzynma 161
afirmelle 118
AFLURIA 259
AFLURIA PRESERVATIVE FREE 259
AFSTYLA 161
aftera 122
afterpill 122
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS 182
AGGRASTAT 164
AGRYLIN 166
AIMOVIG 203
aimsco lubricated 179
AIMSCO TWIST LANCETS 32G 182
AIMSCO TWIST LANCETS 33G 182
AIRSUPRA 31
AKEEGA 80
ak-fluor 233
AKOVAZ 263
AKTEN 234
AKYNZEO 53
AKYNZEO (READY-TO-USE) 53
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) 53
ala-cort 133
albendazole 28
ALBUKED 25 165
ALBUKED 5 165
ALBUMIN HUMAN 165
ALBUMINEX 165
ALBUMIN-ZLB 165
ALBURX 165
ALBUTEIN 165
albuterol sulfate 32
ALBUTEROL SULFATE 32
albuterol sulfate hfa 32
ALCAINE 234
alclometasone dipropionate 133
ALDACTONE 142
ALDURAZYME 148
ALECENSA 73
alendronate sodium 143, 144
alfuzosin hcl er 159
ALIMTA 72
ALIQOPA 92
aliskiren fumarate 64
ALKINDI SPRINKLE 125
allbee/c 215
allopurinol 160, 161
allopurinol sodium 161
almotriptan malate 203
alogliptin benzoate 46
alogliptin-metformin hcl 46
alogliptin-pioglitazone 46
alophen 176
ALOPRIM 161
ALORA 153
alosetron hcl 155
ALPHANATE 161
ALPHANINE SD 161
alprazolam 30
alprazolam er 29
ALPRAZOLAM INTENSOL 29
alprazolam xr 30
ALPROLIX 161
altafluor benox 233
altavera 118
ALTUVIIIO 161
ALUNBRIG 73
alvimopan 157
alyacen 1/35 118
alyacen 7/7/7 124
alyq 114
amantadine hcl 94
AMBISOME 55
ambrisentan 114
amcinonide 133
AMELUZ 138
amethyst 121
AMIDATE 158
amikacin sulfate 16
amiloride hcl 142
amiloride-hydrochlorothiazide 142
aminocaproic acid 170, 171
aminophylline 35
AMINOSYN II 229
aminosyn ii 229
AMINOSYN-PF 229

AMINOSYN-PF 7% 229
amiodarone hcl 31
amitriptyline hcl 44
amlodipine besy-benazepril hcl 59, 60
amlodipine besylate 109
amlodipine besylate-valsartan 62
amlodipine-atorvastatin 112
amlodipine-olmesartan 62
amlodipine-valsartan-hctz 63
AMMONUL 151
amnesteem 129
AMNIOFIX 139
AMNIOTEXT 139
AMONDYS 45 228
amoxapine 44
amoxicill-clarithro-lansopraz 256
amoxicillin 241
amoxicillin-pot clavulanate 241, 242
amoxicillin-pot clavulanate er 241
AMPHADASE 209
AMPHENOL-40 139
amphetamine sulfate 12
amphetamine-dextroamphet er 12
amphetamine-dextroamphetamine 12
amphet-dextroamphet 3-bead er 12
amphotericin b 55
amphotericin b liposome 55
ampicillin 241
ampicillin sodium 241
ampicillin-sulbactam sodium 242
AMPYRA 246
AMVISC 237
AMVUTTRA 248
anagrelide hcl 166
ANALPRAM-HC 28
ANAPROX DS 19
ANASCORP 239
anastrozole 86
ANAVIP 239
ANCOBON 55
ANDEXXA 51
ANECTINE 228
ANESTHESIA S/I-40A 158
ANESTHESIA S/I-40H 158
ANESTHESIA S/I-40S 158
ANGELIQ 152
ANGIOMAX 36
ANKTIVA 86
ANNOVERA 121
ANORO ELLIPTA 31
anti-oxidant 217
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS 239
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS 239
ANTIVERT 53
ANUSOL-HC 28
ANZEMET 52
APADAZ 26
apap-caff-dihydrocodeine 23
APHEXDA 167
APLENZIN 42
APOKYN 96
apomorphine hcl 96
APONVIE 54
apraclonidine hcl 235
aprepitant 54
APRETUDE 103
apri 118
APRISO 156
APTIOM 37
APTIVUS 103
aq insulin syringe 195
aqinject pen needle 195
AQUALANCE LANCETS 30G 182
AQUASOL A 263
aquastat 207
Aquastat Sfr 207
ARAKODA 69
ARALAST NP 251
aranelle 124
ARANESP (ALBUMIN FREE) 168
ARAVA 20
ARCALYST 18
AREXVY 259
arformoterol tartrate 33
ARGATROBAN 37
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE 37
argyle sterile saline 159
argyle sterile water 210
ARICEPT 243
ARIKAYCE 16
aripiprazole 100
ARISTADA 100
ARISTADA INITIO 100
ARIXTRA 36
armodafinil 14
AROMASIN 86
ARRANON 72
arsenic trioxide 86
ARTESUNATE 69
articadent dental 177
ARTISS 170
ARZERRA 74
ASCLERA 212
ascomp-codeine 23
ASCOR 263
asenapine maleate 98
ashlyna 122
ASPARLAS 85
aspirin 21
aspirin 81 21
aspirin adult low dose 21
aspirin adult low strength 21
aspirin childrens 21
aspirin ec adult low dose 21
aspirin ec low dose 21
aspirin ec low strength 21
aspirin low dose 21
aspirin regimen 21
aspirin-dipyridamole er 166
ASPRUZYO SPRINKLE 29
ASSURE COMFORT LANCETS 28G 182
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 195
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 195
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 195
ASSURE LANCE LANCETS 182
ASSURE LANCE LANCETS 21G 182
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G 182
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G 182
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G 182
ASTAGRAF XL 210
ATABEX EC 220
ATABEX OB 220
atazanavir sulfate 103
ATELVIA 144
atenolol 107
atenolol-chlorthalidone 64
ATGAM 209
atomoxetine hcl 12
atorvastatin calcium 58
atovaquone 65
atovaquone-proguanil hcl 68
atracurium besylate 228
ATROPINE SULFATE 231, 255
ATROVENT HFA 33
aubra eq 118
AUDENZ 259
AUGMENTIN 242
AUGMENTIN ES-600 242
AUGTYRO 83
aum insulin safety pen needle 195
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 195
aum pen needle 195
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 195
AUM SAFETY PEN NEEDLE 196
AURORA LANCET SUPER THIN 30G 182
AURORA LANCET THIN 23G 182
AURORA PEN NEEDLES 196
aurovela 1.5/30 118
aurovela 1/20 118
aurovela 24 fe 118
aurovela fe 1.5/30 118
aurovela fe 1/20 118
AURYXIA 157
AUSTEDO 244
AUSTEDO XR 244
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 244
AUTO-LANCET 182
AUTO-LANCET MINI 182
AUTOLET II CLINISAFE 182
AUTOLET LANCING DEVICE 183
AUTOLET LITE CLINISAFE 183
AUTOLET LITE STARTER PACK 183
AUTOLET MINI 183
AUTOLET PLATFORMS 183
AUTOLET PLUS 183

AUVI-Q 262
AVASTIN 93
aviane 118
AVITENE 171
AVITENE FLOUR 171
AVONEX PEN 245
AVONEX PREFILLED 245
AVSOLA 158
AVYCAZ 115
ayuna 118
AYVAKIT 83
azacitidine 72
AZACTAM 68
azasan 212
AZASITE 232
azathioprine 212
AZATHIOPRINE SODIUM 212
azelaic acid 138
azelastine hcl 227, 232
azelastine-fluticasone 227
AZESCO 220
AZILECT 95
azithromycin 178
AZSTARYS 14
aztreonam 68
AZULFIDINE 156
AZULFIDINE EN-TABS 156
azurette 118
b complex (lipotropics) 224
b complex 100 tr 215
b complex formula 1 (lipotrop) 224
b complex formula 1 (w/ fa) 215
b complex-b12 214
b complex-c 215
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA 215
b complex-c-folic acid 214
b-100 b-complex 215
b-100 complex cr 215
b-100 tr 215
b-50 complex 215
BABYBIG 240
bac 21
bacitracin 232
bacitracin-polymyxin b 232
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 235
baclofen 225
BACTRIM 65
BACTRIM DS 65
balance b-100 224
balance b-50 216
balanced b complex 216
balanced b-100 216
balanced b-50 complex 224
balanced b-50/fa 216
BALFAXAR 161
balsalazide disodium 156
BALVERSA 79
balziva 118
BANZEL 37
BAQSIMI ONE PACK 45
BAQSIMI TWO PACK 45
BARACLUDE 105
BARHEMSYS 54
BASAGLAR KWIKPEN 46
BAVENCIO 76
BAXDELA 154
bayer aspirin ec low dose 21
bayer low dose 21
BCG VACCINE 258
b-compleet-100 216
b-compleet-50 216
b-complex 216
b-complex (folic acid) 215
b-complex balanced 214
b-complex plus b-12 214
b-complex/b-12 214
b-complex/electrolytes 215
b-complex/vitamin c 214
b-complex-c 215
b-complex-c (w/folic acid) 214
BD AUTOSHIELD DUO 196
bd heparin posiflush 36
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 196
BD INSULIN SYRINGE 196
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 196
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 196
BD INSULIN SYRINGE U/F 196
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 196
BD INSULIN SYRINGE U-500 196
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 196
BD MICROTAINER LANCETS 183
BD PEN NEEDLE MICRO U/F 196
BD PEN NEEDLE MINI U/F 196
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 196
BD PEN NEEDLE NANO U/F 196
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 196
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 196
bd posiflush 207
Bd Posiflush Safescrub 207
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 196
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 196
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 196
BELBUCA 26
BELEODAQ 80
BELRAPZO 70
benazepril hcl 60, 61
benazepril-hydrochlorothiazide 60
bendamustine hcl 70
BENDEKA 70
BENEFIX 162
BENLYSTA 208
BENTYL 254
BENZALKONIUM CHLORIDE 101
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 26
BENZNIDAZOLE 28
benzonatate 127
benzoyl peroxide-erythromycin 129
benzphetamine hcl 13
benztropine mesylate 94
BEOVU 238
BERINERT 163
BESIVANCE 232
BESPONSA 74
BESREMI 86
BETADINE OPHTHALMIC PREP 233
betaine 147
betamethasone dipropionate 133
betamethasone dipropionate aug 133
betamethasone valerate 133, 134
BETASERON 245
betaxolol hcl 107, 230
bethanechol chloride 257
BETHKIS 16
BETOPTIC-S 230
better b complex 215
bexarotene 93, 140
BEXSERO 258
BEYFORTUS 239, 240
bicalutamide 71
BICILLIN C-R 242
BICILLIN C-R 900/300 242
BICILLIN L-A 241
BIDIL 113
big 100 215
big 100 (biotin) 216
BIJUVA 152
BIKTARVY 101
BILTRICIDE 28
bimatoprost 138, 237
BINOSTO 144
BIORPHEN 263
BIOTHRAX 258
bis subcit-metronid-tetracyc 256
bisacodyl 176
bisacodyl ec 176
bismuth/metronidaz/tetracyclin 256
bisoprolol fumarate 107
bisoprolol-hydrochlorothiazide 64
bivalirudin trifluoroacetate 37
bleomycin sulfate 84
BLINCYTO 77
blisovi 24 fe 118
blisovi fe 1.5/30 118
blisovi fe 1/20 118
BLOXIVERZ 69
BONJESTA 53
BOOSTRIX 254
bortezomib 83
BORUZU 83
bosentan 114
BOSULIF 77
BOTOX 228
BOTOX COSMETIC 136
BRAFTOVI 78
BREO ELLIPTA 31
BREVIBLOC 108
BREVIBLOC IN NACL 108
BREVIBLOC PREMIXED 108
BREVIBLOC PREMIXED DS 108
BREVITAL SODIUM 158
BREXAFEMME 55

Breyna ... 31
BREZTRI AEROSPHERE ... 31
BRIDION ... 51
briellyn ... 118
BRILINTA ... 164
brimonidine tartrate ... 138, 235
brimonidine tartrate-timolol ... 230
brinzolamide ... 233
BRIVIACT ... 37
BRIXADI ... 26
BRIXADI (WEEKLY) ... 26
bromfenac sodium ... 234
bromfenac sodium (once-daily) ... 234
bromocriptine mesylate ... 94
BROMSITE ... 234
BRONCHITOL ... 251
BRONCHITOL TOLERANCE TEST ... 251
BROVANA ... 33
BRUKINSA ... 78
BSS ... 234
BSS PLUS ... 234
budesonide ... 28, 34, 125
budesonide er ... 125
budesonide-formoterol fumarate ... 31
bumetanide ... 142
BUMEX ... 142
BUPIVACAINE FISIOPHARMA ... 177
bupivacaine hcl (pf) ... 178
bupivacaine-epinephrine ... 177
bupivacaine-epinephrine (pf) ... 177
buprenorphine ... 26
buprenorphine hcl ... 26
buprenorphine hcl-naloxone hcl ... 26
bupropion hcl ... 42
bupropion hcl er (smoking det) ... 248
bupropion hcl er (sr) ... 42
bupropion hcl er (xl) ... 42
buspirone hcl ... 29
busulfan ... 70
BUSULFEX ... 70
butalbital-acetaminophen ... 21
butalbital-apap-caff-cod ... 23
butalbital-apap-caffeine ... 21
butalbital-asa-caff-codeine ... 23
butalbital-aspirin-caffeine ... 21
butorphanol tartrate ... 26
BYFAVO ... 172
BYLVAY ... 155
BYLVAY (PELLETS) ... 155
BYOOVIZ ... 238
CABENUVA ... 101
cabergoline ... 145
CABLIVI ... 163
CABOMETYX ... 82
CADUET ... 113
caffeine citrate ... 13
calcipotriene ... 132
calcipotriene-betameth diprop ... 140
calcitonin (salmon) ... 144
calcitrene ... 132
calcitriol ... 132, 147
calcium acetate ... 157
calcium acetate (phos binder) ... 157
CALCIUM GLUCONATE ... 204
CALCIUM GLUCONATE-NACL ... 204
CALDOLOR ... 19
CALQUENCE ... 78
CAMCEVI ... 89
camila ... 123
CAMPTOSAR ... 93
camrese ... 122
camrese lo ... 122
CAMZYOS ... 113
CANASA ... 156
CANCIDAS ... 54
candesartan cilexetil ... 62
candesartan cilexetil-hctz ... 62
capecitabine ... 72
CAPLYTA ... 96
CAPRELSA ... 82
captopril ... 61
captopril-hydrochlorothiazide ... 60
CAPVAXIVE ... 258
CARAC ... 131
CARAFATE ... 255
carbamazepine ... 37, 38
carbamazepine er ... 37
carbidopa ... 95
carbidopa-levodopa ... 95
carbidopa-levodopa er ... 95
carbidopa-levodopa-entacapone ... 95
carbinoxamine maleate ... 56
carbinoxamine maleate er ... 56
carboplatin ... 70
carboprost tromethamine ... 239
CARDENE IV ... 109
CARDIOCOM LANCING DEVICE 183
CARDIZEM ... 109
CARDURA ... 64
CARDURA XL ... 159
CAREFINE PEN NEEDLES ... 196
careone advanced lancing dev ... 183
CAREONE INSULIN SYRINGE ... 196
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G ... 183
CAREONE LANCET THIN 23G ... 183
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS ... 196
CARESENS LANCETS ... 183
CARESENS LANCETS 30G ... 183
CARETOUCH INSULIN SYRINGE ... 196
CARETOUCH LANCING/EJECTOR ... 183
CARETOUCH PEN NEEDLES ... 196
CARETOUCH SAFETY LANCETS 183
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G ... 183
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G ... 183
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G ... 183
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G ... 183
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G ... 183
carglumic acid ... 147
carisoprodol ... 225
carmustine ... 91
CARNITOR ... 144
CARNITOR SF ... 144
CAROSPIR ... 143
carteolol hcl ... 230
cartia xt ... 109
carvedilol ... 107
carvedilol phosphate er ... 107
CASODEX ... 71
CASPOFUNGIN ACETATE ... 54
CATAPRES-TTS-1 ... 63
CATAPRES-TTS-2 ... 63
CATAPRES-TTS-3 ... 63
CATHFLO ACTIVASE ... 167
CAVERJECT ... 113
CAVERJECT IMPULSE ... 113
CAYA ... 181
CAYSTON ... 68
cefaclor ... 116
CEFACLOR ER ... 116
cefadroxil ... 116
cefazolin sodium ... 116
CEFAZOLIN SODIUM ... 116
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE ... 116
cefazolin sodium-dextrose ... 116
cefdinir ... 117
cefepime hcl ... 117
CEFEPIME HCL ... 117
CEFEPIME-DEXTROSE ... 117
cefixime ... 117
CEFOTAN ... 116
cefotaxime sodium ... 117
cefotetan disodium ... 116
cefoxitin sodium ... 116
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE ... 116
cefpodoxime proxetil ... 117
cefprozil ... 116
ceftazidime ... 117
ceftriaxone sodium ... 117
CEFTRIAXONE SODIUM ... 117
ceftriaxone sodium in dextrose ... 117
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE ... 117
cefuroxime axetil ... 116
cefuroxime sodium ... 116
celecoxib ... 18
CELESTONE SOLUSPAN ... 126
CELLCEPT ... 210
CELLCEPT INTRAVENOUS ... 210
CELLUGEL ... 237
CELONTIN ... 41
cephalexin ... 116
CEPROTIN ... 165
CERDELGA ... 167
CEREBYX ... 40
CEREZYME ... 167
CERVIDIL ... 239

cetirizine hcl 56
CETRAXAL 238
cetrorelix acetate 145
CETROTIDE 145
cevimeline hcl 213
charlotte 24 fe 118
chateal eq 118
CHEMET 51
childrens aspirin 21
chloramphenicol sod succinate 66
chlordiazepoxide hcl 30
chlordiazepoxide-amitriptyline 243
chlordiazepoxide-clidinium 254
chlorhexidine gluconate 213
chloroprocaine hcl (pf) 178
chloroquine phosphate 69
chlorothiazide sodium 143
chlorpromazine hcl 99
CHLORPROMAZINE HCL 99
chlorthalidone 143
chlorzoxazone 225
CHOLBAM 154
cholestyramine 57
cholestyramine light 57
CHORIONIC GONADOTROPIN ... 149
CHOSEN LANCETS 30G 183
CHOSEN LANCING DEVICE 183
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G 183
chromic chloride 207
ciclodan 130
ciclopirox 130
ciclopirox olamine 130
cidofovir 105
cilostazol 165
CILOXAN 232
CIMDUO 101
CIMERLI 238
cimetidine 255
cimetidine hcl 255
cinacalcet hcl 144
CINQAIR 34
CINRYZE 163
CINVANTI 54
CIPRO 154
ciprofloxacin hcl 154, 232, 238
ciprofloxacin in d5w 154
ciprofloxacin-dexamethasone 238
ciprofloxacin-fluocinolone pf 238
cisatracurium besylate 228
cisatracurium besylate (pf) 228
cisplatin 70
CISPLATIN 70
citalopram hydrobromide 43
CITRANATAL 90 DHA 223
CITRANATAL ASSURE 223
CITRANATAL B-CALM 220
CITRANATAL HARMONY 223
CITRANATAL MEDLEY 223
citrate of magnesia 175
citroma 175
cladribine 72
claravis 129
CLARINEX 56
CLARINEX-D 12 HOUR 127
clarithromycin 179
clarithromycin er 179
CLASSIC PRENATAL 220
CLEANLET LANCETS 28G 183
clearlax 174
CLEMASTINE FUMARATE 56
clemastine fumarate 56
CLEOCIN 67, 261, 262
CLEOCIN PHOSPHATE 67
CLEOCIN-T 128
CLEVER CHEK LANCETS 183
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 183, 196
CLEVER CHOICE LANCETS 21G 183
CLEVER CHOICE LANCETS 23G 183
CLEVER CHOICE LANCETS 28G 183
CLEVIPREX 109
CLICKFINE PEN NEEDLES 196
CLIMARA PRO 152
Clindacin 128
clindacin etz 128
clindacin-p 128
clindamycin hcl 67
clindamycin palmitate hcl 67
clindamycin phos-benzoyl perox 129
clindamycin phosphate 67, 128, 262
clindamycin phosphate in d5w 67
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL 67
clindamycin-tretinoin 129
CLINDESSE 262
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) .. 229
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 229
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) .. 229
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 229
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 229
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 229
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 229
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ... 229
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 229
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 229
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 229
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 229
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 229
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 229
clinisol sf 229
CLINOLIPID 230
clinpro 5000 213
clobazam 37
clobetasol propionate 134
clobetasol propionate e 134
clobetasol propionate emulsion 134
clocortolone pivalate 134
clodan 134
clofarabine 72
Clomid 149
clomiphene citrate 149
clomipramine hcl 44
clonazepam 37
clonidine 63
clonidine hcl 63
clonidine hcl er 12
clopidogrel bisulfate 167
clorazepate dipotassium 30
clotrimazole 136, 213
clotrimazole-betamethasone 130
clozapine 98
C-NATE DHA 220
CNJ-016 240
COAGADEX 162
COAGUCHEK LANCETS 183
coal tar 139
COARTEM 68
COCAINE HCL 227
CODEINE SULFATE 23
codeine sulfate 23
CODITUSSIN AC 127
CODITUSSIN DAC 127
colchicine 161
colchicine-probenecid 160
colesevelam hcl 58
COLESTID 58
colestipol hcl 58
colistimethate sodium (cba) 68
COLUMVI 77
COLY-MYCIN M 68
COMBIPATCH 152
COMBIVENT RESPIMAT 32
COMBOGESIC 18
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 82
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 82
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 82
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 196
COMFORT ASSURED LANCETS 28G 183
COMFORT ASSURED LANCETS 33G 183
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 196
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 197
COMFORT EZ PEN NEEDLES 197
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 197
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 197
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 197
COMFORT TOUCH LANCETS 31G 183
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G 183
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G 184
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G 184
COMIRNATY 259
COMPLETE NATAL DHA 223
COMPLETENATE 220
complex b-100 216
COMPLEX B-100-INOSITOL 224

complex b-50 prolonged release 216
compro 99
CO-NATAL FA 220
CONCEPT DHA 220
CONCEPT OB 220
condoms 179
CONDYLOX 137
CONJUPRI 109
constulose 174
COPASIL 139
COPAXONE 246
COPIKTRA 92
CORIFACT 162
CORLANOR 115
CORTEF 125
CORTENEMA 28
CORTIFOAM 28
CORTISPORIN-TC 238
CORTROPHIN 145
CORVERT 31
COSELA 90
COSENTYX 131
COSENTYX (300 MG DOSE) 131
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 131
COSENTYX SENSOREADY PEN .. 131
COSENTYX UNOREADY 131
COTELLIC 81
CREON 141
CRESEMBA 55
CRINONE 262
CROFAB 239
cromolyn sodium 32, 154, 232
crotan 139
cryselle-28 118
CRYSVITA 152
cupric chloride 207
CURAE 122
curity sterile saline 159
CUTAQUIG 240
CUVPOSA 256
cvs aspirin adult low dose 21
cvs aspirin adult low strength 21
cvs aspirin ec 21
cvs aspirin low dose 22
cvs aspirin low strength 22
cvs b complex plus c 215
cvs balanced b50 224
cvs c-lax laxative 176
cvs folic acid 168
cvs gentle laxative 176
cvs gentle laxative womens 176
cvs inner ear plus 224
CVS LANCETS 21G 184
CVS LANCETS MICRO THIN 33G 184
CVS LANCETS ORIGINAL 184
CVS LANCETS THIN 26G 184
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G 184
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G 184
cvs lancing device 184
cvs magnesium citrate 175
cvs milk of magnesia 175
cvs nicotine 248
cvs nicotine polacrilex 248
CVS PRENATAL 220
cvs purelax 174
cvs super b complex/c 215
CVS ULTRA THIN LANCETS 184
cyanocobalamin 167
CYANOKIT 51
cyclobenzaprine hcl 225
CYCLOGYL 231
CYCLOMYDRIL 231
cyclopentolate hcl 231
cyclophosphamide 91
CYCLOPHOSPHAMIDE 91
cycloserine 70
CYCLOSET 46
cyclosporine 209
cyclosporine modified 209
CYGNUS DUAL 139
CYKLOKAPRON 171
CYLTEZO (2 PEN) 17
CYLTEZO (2 SYRINGE) 17
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER 18
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER 18
cyproheptadine hcl 57
CYRAMZA 93
cyred eq 118
CYSTADANE 147
CYSTADROPS 237
CYSTAGON 159
CYSTARAN 237
cytarabine 72
cytarabine (pf) 72
CYTOGAM 240
CYTOTEC 257
dacarbazine 86
dactinomycin 84
daily multiple vitamins 217
daily value multivitamin 217
daily vitamins 217
daily vite 217
daily vite multivitamin/iron 216
daily vites 217
daily-vite 217
daily-vite multivitamin 217
dalfampridine er 246
DALVANCE 66
danazol 27
DANTRIUM 225
dantrolene sodium 225
DANYELZA 75
dapsone 67, 128
DAPTACEL 254
DAPTOMYCIN 66
daptomycin-sodium chloride 66
DARAPRIM 69
darifenacin hydrobromide er 257
darunavir 103
DARZALEX 74
DARZALEX FASPRO 85
dasatinib 77
dasetta 1/35 119
dasetta 7/7/7 124
DAUNORUBICIN HCL 84
DAURISMO 80
DAVIMET-FLUORIDE 219
DAXXIFY 136
DAYBUE 228
DAYPRO 19
daysee 122
DDAVP 151, 152
DDAVP PF 152
deblitane 123
decitabine 72
deferasirox 51
deferasirox granules 51
deferiprone 51
deferoxamine mesylate 51
DEFITELIO 167
DEFLUX 160
DELESTROGEN 153
DELSTRIGO 101
delyla 119
DELZICOL 156
demeclocycline hcl 252
DEMEROL 23
DEMSER 62
DENAVIR 133
DENGVAXIA 259
denta 5000 plus 213
dentagel 213
DEPEN TITRATABS 208
DEPO-ESTRADIOL 153
DEPO-MEDROL 125
DEPO-PROVERA 123
DEPO-SUBQ PROVERA 104 123
DEPO-TESTOSTERONE 27
DERMOTIC 239
DESCOVY 101
DESFERAL 51
desflurane 158
desipramine hcl 44
desloratadine 56
desmopressin ace spray refrig 152
desmopressin acetate 152
DESMOPRESSIN ACETATE 152
desmopressin acetate pf 152
desmopressin acetate spray 152
desogestrel-ethinyl estradiol 118
desonide 134
desoximetasone 134
desvenlafaxine succinate er 43
DEXABLISS 125
dexamethasone 125
DEXAMETHASONE INTENSOL ... 125
dexamethasone sod phos +rfid 125
dexamethasone sod phosphate pf 125
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF 125
dexamethasone sodium phosphate 125, 235
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 125
DEXCOM G6 RECEIVER 184
DEXCOM G6 SENSOR 184
DEXCOM G6 TRANSMITTER 184
DEXCOM G7 RECEIVER 184

DEXCOM G7 SENSOR 184
DEXMEDETOMIDINE HCL 173
dexmedetomidine hcl 173
dexmedetomidine hcl in nacl 173
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE 173
dexmethylphenidate hcl 14
dexmethylphenidate hcl er 14
dexrazoxane 87
dexrazoxane hcl 87
DEXTENZA 235
dextroamphetamine sulfate 12
dextroamphetamine sulfate er 12
dextrose 230
DEXTROSE 230
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 204
dextrose in lactated ringers 204
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 204
dextrose-sodium chloride 204
DEXYCU 235
DHIVY 95
DIACOMIT 38
dialyvite 800 214
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 184
DIATHRIVE LANCETS 184
DIATHRIVE LANCING DEVICE 184
DIATHRIVE PEN NEEDLE 197
diazepam 30, 37
diazepam intensol 30
diazoxide 45
DIBENZYLINE 62
dichlorphenamide 142
diclofenac potassium 19
diclofenac sodium 19, 131, 234
diclofenac sodium er 19
diclofenac-misoprostol 18
dicloxacillin sodium 242
dicyclomine hcl 254, 255
diethylpropion hcl 13
diethylpropion hcl er 13
DIFICID 179
diflorasone diacetate 134
DIFLUCAN 55
diflunisal 22
difluprednate 236
DIGIFAB 51
digoxin 112
dihydroergotamine mesylate 203
DILANTIN 41
DILANTIN INFATABS 41
DILANTIN-125 41
DILAUDID 23
diltiazem hcl 110
DILTIAZEM HCL 110
diltiazem hcl er 109, 110
diltiazem hcl er beads 109
diltiazem hcl er coated beads 109
dilt-xr 110
DIMENHYDRINATE 53
dimethyl fumarate 246
dimethyl fumarate starter pack 246
DIPENTUM 156
diphenhydramine hcl 56
diphenoxylate-atropine 50
DIPRIVAN 158
dipyridamole 166
DISCOVISC 236
disopyramide phosphate 30
disulfiram 243
DIURIL 143
divalproex sodium 41
divalproex sodium er 41
dobutamine hcl 112
DOBUTAMINE-DEXTROSE 112
DOCETAXEL 90
DOCIVYX 90
dodex 167
dofetilide 31
DOJOLVI 230
dolishale 122
donepezil hcl 243
DOPAMINE HCL 112
DOPAMINE-DEXTROSE 112
DOPRAM 13
DOPTELET 170
dorzolamide hcl 233
dorzolamide hcl-timolol mal 230
dorzolamide hcl-timolol mal pf 230
dotti 153
DOVATO 101
doxazosin mesylate 64
doxepin hcl 44, 131, 173
doxercalciferol 147
DOXIL 84
doxorubicin hcl 84
doxorubicin hcl liposomal 84
doxy 100 252
doxycycline hyclate 252
doxycycline monohydrate 252
doxylamine-pyridoxine 53
DRISDOL 263
dronabinol 54
droperidol 29
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE 184
DROPLET INSULIN SYRINGE 197
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G 184
DROPLET LANCING DEVICE 184
DROPLET MICRON 197
DROPLET PEN NEEDLES 197
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G 184
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 197
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 197
drospiren-eth estrad-levomefol 119
drospirenone-ethinyl estradiol 119
DROXIA 168
droxidopa 262
DRUG MART LANCETS THIN 26G 184
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G 184
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 197
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 197
DRUG MART UNILET LANCETS 28G 184
DRUG MART UNILET LANCETS 30G 184
DRUG MART UNILET LANCETS 33G 184
DSUVIA 23
DUAVEE 153
DUETACT 50
dulcolax 175
dulcolax milk of magnesia 175
duloxetine hcl 43, 44
DUOBRII 140
DUOPA 95
DUOVISC 236
DUPIXENT 133
duramorph 23
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN 179
DUREX REALFEEL 179
DUREX TROPICAL 179
DUREZOL 236
DUROLANE 226
DURYSTA 237
dutasteride 159
dutasteride-tamsulosin hcl 160
DUVYZAT 228
dyclopro 137
DYSPORT 228
e.e.s. 400 179
ear health formula 224
ear health plus 224
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 197
easy comfort insulin syringe 197
EASY COMFORT LANCETS 184
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP 184
EASY COMFORT PEN NEEDLES 197
EASY GLIDE PEN NEEDLES 197
easy mini eject lancing device 184
easy mini lancing device 184
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 197
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 197
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 197
EASY TOUCH LANCETS 21G 184
EASY TOUCH LANCETS 23G 184
EASY TOUCH LANCETS 26G 184
EASY TOUCH LANCETS 28G 185
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST 185
EASY TOUCH LANCETS 30G 185
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST 185
EASY TOUCH LANCETS 32G 185

EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST 185
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST 185
EASY TOUCH LANCING DEVICE 185
EASY TOUCH PEN NEEDLES 198
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G 185
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G 185
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G 185
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G 185
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 198
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 198
easygel 213
ec-naproxen 19
econazole nitrate 136
econtra one-step 122
ecotrin low strength 22
ECOZA 136
EDECRIN 142
edetate calcium disodium 51
EDEX 113
EDLUAR 173
EDURANT 103
efavirenz 103
efavirenz-emtricitab-tenofo df 102
efavirenz-lamivudine-tenofovir 102
EFUDEX 131
EGRIFTA SV 146
ELAHERE 85
ELAPRASE 148
ELCYS 230
ELELYSO 167
ELEPSIA XR 38
eletriptan hydrobromide 203
ELFABRIO 145
ELIGARD 89
ELIMITE 139
elinest 119
ELIQUIS 35
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 35
ELITEK 87
elite-ob 220
ELIXOPHYLLIN 35
ELLA 122
ELLENCE 84
ELMIRON 160
ELOCTATE 162
ELREXFIO 77
ELZONRIS 86
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G 185
embrace lancing device/ejector 185
EMBRACE PEN NEEDLES 198
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G 185
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G 185
EMEND 54
EMERPHED 263
EMGALITY 203
EMGALITY (300 MG DOSE) 203
EMPAVELI 164
EMPLICITI 76
EMSAM 42
emtricitabine 104
emtricitabine-tenofovir df 102
EMTRIVA 104
EMVERM 28
Emzahh 123
enalapril maleate 61
enalaprilat 61
enalapril-hydrochlorothiazide 60
ENBRACE HR 220
ENBREL 20
ENBREL MINI 20
ENBREL SURECLICK 21
ENCARE 261
ENDO AVITENE 171
endocet 26
ENDOMETRIN 262
endur-b 216
ENFAMIL EXPECTA 223
ENGERIX-B 259
ENHERTU 85
ENJAYMO 164
ENLITE GLUCOSE SENSOR 185
enoxaparin sodium 36
enpresse-28 124
enskyce 119
ENSPRYNG 211
ENSTILAR 140
entacapone 96
entecavir 105
ENTRESTO 113
ENTYVIO 156
enulose 157
ENVARSUS XR 210
EPANED 61
EPCLUSA 105
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) 263
EPICORD 139
EPIDIOLEX 38
EPIFIX 139
EPIFIX MICRONIZED 139
EPIFOAM 139
epinastine hcl 232
epinephrine 262, 263
EPINEPHRINE 263
epinephrine (anaphylaxis) 262
EPINEPHRINE PF 263
EPINEPHRINESNAP 262
epitol 38
EPKINLY 77
eplerenone 64
EPOGEN 168
epoprostenol sodium 113
eptifibatide 164
eq aspirin adult low dose 22
eq aspirin low dose 22
eq clearlax 174
eq gentle laxative 176
eq laxative 174
eq magnesium citrate 175
eq nicotine 248
eq nicotine polacrilex 248
eq nicotine step 3 248
eql aspirin low dose 22
eql b complex 50 216
eql b-100 complex 216
eql clearlax 174
EQL COLOR LANCETS 21G 185
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G 185
eql gentle laxative 176
EQL INSULIN SYRINGE 198
eql laxative 176
eql magnesium citrate 175
EQL PRENATAL FORMULA 220
eql super b complex/vitamin c 214
EQL SUPER THIN LANCETS 30G 185
EQL THIN LANCETS 26G 185
EQUETRO 97
ERAXIS 54
ERBITUX 78
ergocalciferol 263
ergoloid mesylates 247
ergotamine-caffeine 203
eribulin mesylate 90
ERIVEDGE 80
ERLEADA 71
erlotinib hcl 78
errin 123
ERTACZO 136
ertapenem sodium 66
ERVEBO 259
ery 128
ERYGEL 128
ery-tab 179
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 179
erythromycin 128, 179, 232
erythromycin base 179
erythromycin ethylsuccinate 179
erythromycin lactobionate 179
escitalopram oxalate 43
ESKATA 139
esmolol hcl 108
ESMOLOL HCL 108
esmolol hcl-sodium chloride 108
esomeprazole magnesium 255
esomeprazole sodium 255
ESPEROCT 162
estarylla 119
estazolam 172
estradiol 153, 262
estradiol valerate 153
estradiol-norethindrone acet 152
ESTROFACTORS 217
eszopiclone 173
ethacrynate sodium 142
ethacrynic acid 142

ethambutol hcl 70
ETHAMOLIN 212
ethosuximide 41
ethynodiol diac-eth estradiol 119
etodolac 19
etodolac er 19
etomidate 158
ETOPOPHOS 90
etoposide 90
etravirine 103
EUCRISA 138
EUFLEXXA 226
EULEXIN 71
euthyrox 253
EVAMIST 153
EVENITY 150
everolimus 81, 210
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER 185
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT 185
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER 185
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER 185
EVERSENSE SENSOR/HOLDER 185
EVERSENSE SMART TRANSMITTER 185
EVISTA 150
EVKEEZA 57
EVOMELA 91
EVOTAZ 102
EVOXAC 214
EVRYSDI 229
EXELDERM 136
EXELON 243
exemestane 86
ex-lax ultra 176
EXONDYS 51 228
EXTENCILLINE 241
EYLEA 238
EYLEA HD 238
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G 185
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G 185
E-Z JECT LANCETS 185
E-Z JECT LANCETS 21G 185
E-Z JECT LANCETS THIN 26G 185
ezetimibe 59
ezetimibe-simvastatin 59
EZ-LETS LANCETS 21G 185
EZ-LETS LANCETS 26G 186
EZ-LETS LANCETS 28G 186
EZ-LETS LANCETS 30G 186
fa-8 168
FABHALTA 164
FABRAZYME 145
falmina 119
famciclovir 106
famotidine 255
famotidine (pf) 255
famotidine premixed 255
FANAPT 97
FANAPT TITRATION PACK 97
FANTASY LUBRICATED 180
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 180
FARESTON 71
FARXIGA 49
FASENRA 33
FASENRA PEN 33
FASLODEX 87
FC2 FEMALE CONDOM 179
febuxostat 161
FEIBA 162
felbamate 40
felodipine er 110
FEMARA 87
FEMCAP 179
FEMLYV 119
fenofibrate 58
fenofibrate micronized 58
fenofibric acid 58
FENSOLVI (6 MONTH) 147
fentanyl 24
fentanyl citrate 23, 24
FENTANYL CITRATE (PF) 23
fentanyl citrate (pf) 23
fentanyl citrate pf 24
FENTANYL CITRATE PF 24
FERAHEME 169
FERRIPROX 51
FERRIPROX TWICE-A-DAY 51
FERRLECIT 169
ferumoxytol 169
fesoterodine fumarate er 257
FETROJA 117
FIBRICOR 58
FIBRYGA 162
FIFTY50 PEN NEEDLES 198
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 186
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 198
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G 186
FILSPARI 160
FILSUVEZ 141
FINACEA 138
finasteride 140, 159
FINGERSTIX LANCETS 186
fingolimod hcl 250
FINTEPLA 38
Finzala 119
FIRDAPSE 69
FIRMAGON 88
FIRMAGON (240 MG DOSE) 88
FIRVANQ 66
flac 239
FLAGYL 65
FLAREX 236
FLAVOVIT EAR HEALTH 224
flavoxate hcl 257
flecainide acetate 31
FLEET STIMULANT 176
FLEXBUMIN 165
FLOLAN 113
FLORAFOL PEDIATRIC 219
FLORIVA 205, 219
FLORIVA PLUS 219
floxuridine 72
FLUAD 259
FLUARIX 259
FLUBLOK 259
FLUCELVAX 260
fluconazole 55, 56
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE 55
fluconazole in sodium chloride 55
flucytosine 55
fludarabine phosphate 72
fludrocortisone acetate 126
FLULAVAL 260
flumazenil 52
FLUMIST 260
flunisolide 227
fluocinolone acetonide 134, 239
fluocinolone acetonide body 134
fluocinolone acetonide scalp 134
fluocinonide 134, 135
fluocinonide emulsified base 134
fluorescein 233
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE 233
fluorescein-benoxinate 233
FLUORESCITE 233
fluoridex 213
fluoridex daily renewal 213
fluoridex enhanced whitening 213
fluorometholone 236
fluorouracil 72, 131
fluoxetine hcl 43
FLUOXETINE HCL 43
fluoxetine hcl (pmdd) 247
fluphenazine decanoate 99
fluphenazine hcl 99
flurandrenolide 135
FLURA-SAFE 233
flurazepam hcl 172
flurbiprofen 19
flurbiprofen sodium 234
fluticasone propionate 135, 227
fluticasone propionate diskus 34
fluticasone propionate hfa 34
fluticasone-salmeterol 32
fluvastatin sodium 58
fluvoxamine maleate 43
fluvoxamine maleate er 43
FLUZONE 260
FLUZONE HIGH-DOSE 260
FML FORTE 236
FML LIQUIFILM 236
focinvez 54
folate 168
FOLGARD OS 217
folic acid 168
FOLIVANE-OB 220
FOLOTYN 72
foltabs 800 168

fomepizole 51
fondaparinux sodium 36
FORA LANCETS 186
FORA LANCING DEVICE 186
FORANE 158
formaldehyde 101
formoterol fumarate 33
FORTEO 149
FOSAMAX 144
FOSAMAX PLUS D 144
fosamprenavir calcium 103
fosaprepitant dimeglumine 54
foscarnet sodium 105
FOSCAVIR 105
fosfomycin tromethamine 68
fosinopril sodium 61
fosinopril sodium-hctz 60
fosphenytoin sodium 41
FOSRENOL 157
FOTIVDA 82
FRAGMIN 36
fraiche 5000 dental 213
FREESTYLE INSULINX TEST 141
FREESTYLE LANCETS 186
FREESTYLE LITE TEST 141
FREESTYLE PRECISION NEO TEST 141
FREESTYLE TEST 141
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS 186
fresenius propoven 158
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE 175
frovatriptan succinate 203
FRUZAQLA 93
ft aspirin 22
ft aspirin low dose 22
ft b-100 complex pr 216
ft clearlax 174
ft folic acid 168
ft laxative 176
ft magnesium citrate 175
ft milk of magnesia 175
ft nicotine 248
ft nicotine mini 248
ft prenatal 220
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C 214
fulvestrant 87
FUNGIMEZ 130
FUROSCIX 142
furosemide 142
FUZEON 102
FYARRO 81
fyavolv 152
FYCOMPA 37
fyremadel 145
g tussin ac 127
gabapentin 38
gabapentin (once-daily) 247
GALAFOLD 145
galantamine hydrobromide 244
galantamine hydrobromide er 244
Gallifrey 242
GALZIN 207
GAMASTAN 240
GAMIFANT 211
GAMUNEX-C 240
GANCICLOVIR 105
GANCICLOVIR SODIUM 105
ganciclovir sodium 105
GANIRELIX ACETATE 146
GARDASIL 9 260
GASTROCROM 155
gatifloxacin 232
GATTEX 155
gavilax 174
GAVILYTE-C 174
gavilyte-g 174
Gavilyte-N With Flavor Pack 174
GAVRETO 83
GAZYVA 74
gefitinib 78
GELFILM 171
GEL-FLOW NT 171
GELFOAM 171
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 171
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 171
GELFOAM SPONGE 171
GELFOAM SPONGE SIZE 100 171
GELFOAM SPONGE SIZE 200 171
GELFOAM SPONGE SIZE 50 171
GEL-ONE 226
GELSYN-3 226
GEMCITABINE HCL 72
gemcitabine hcl 72
gemfibrozil 58
gemmily 119
GEMTESA 257
generlac 157
gengraf 209
GENOTROPIN 146
GENOTROPIN MINIQUICK 146
gentamicin in saline 16
gentamicin sulfate 16, 130, 232
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET 186
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) 186
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) 186
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) 186
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) 186
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) 186
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) 186
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) 186
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) 186
GENTEEL NOZZLES 186
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) 186
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) 186
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) 186
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) 186
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) 186
gentle laxative 175, 176
gentlelax 174
GENVOYA 102
GIAPREZA 263
GILENYA 250
GILOTRIF 79
GIMOTI 155
GIVLAARI 161
GLASSIA 251
glatiramer acetate 246
glatopa 246
GLEOSTINE 91
GLIADEL WAFER 91
glimepiride 49
glipizide 50
glipizide er 49, 50
glipizide xl 50
glipizide-metformin hcl 49
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 198
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 198
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES 198
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 198
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G 186
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G 186
GLOBAL INSULIN SYRINGES 198
global lancing device 186
GLOPERBA 161
GLUCAGON EMERGENCY 45
GLUCOCOM LANCETS 28G 186
GLUCOCOM LANCETS 30G 186
GLUCOCOM LANCETS 33G 186
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 198
glyburide 50
glyburide micronized 50
glyburide-metformin 49
GLYCATE 256
glycine 159
glycine urologic 159
glycolax 174
GLYCOPHOS 206
glycopyrrolate 256
GLYCOPYRROLATE 256
GLYCOPYRROLATE PF 256
glycopyrrolate pf 256
glydo 137
GLYRX-PF 256
GLYXAMBI 49
gnp adult aspirin low strength 22
gnp aspirin 22

gnp aspirin low dose 22
gnp b-100 complex 216
gnp b-50 complex 216
gnp b-complex plus vitamin c 214
gnp clearlax 174
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES . 198
gnp essential one daily 217
gnp folic acid 169
gnp gentle laxative 176
GNP INSULIN SYRINGE 198
GNP INSULIN SYRINGES 198
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" 198
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 198
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 198
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 198
GNP LANCETS 21G 186
GNP LANCETS THIN 26G 186
GNP LANCING SYSTEM DEVICE 186
gnp magnesium citrate 175
gnp milk of magnesia 175
gnp nicotine 248
gnp nicotine mini 248
gnp nicotine polacrilex 248
GNP PRENATAL 220
GNP STERILE LANCETS 28G 187
GNP STERILE LANCETS 30G 187
GNP STERILE LANCETS 33G 187
GNP ULTICARE PEN NEEDLES ... 198
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 198
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 198
gnp womens gentle laxative 176
GOCOVRI 95
gohibic 164
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP 187
GOJJI STERILE LANCETS 187
GONAL-F 149
GONAL-F RFF 149
GONAL-F RFF REDIJECT 149
goodsense aspirin 22
goodsense aspirin low dose 22
goodsense bisacodyl ec 176
goodsense bisacodyl laxative 176
goodsense clearlax 174
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 198
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G 187
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV 187
GOODSENSE LANCETS 30G 187
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV 187
GOODSENSE LANCETS 33G 187
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV 187
goodsense lancing device 187
goodsense magnesium citrate 175
goodsense milk of magnesia 175
goodsense nicotine 248
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 198
GOPRELTO 227
GRALISE 247
granisetron hcl 52
GRANIX 169
GRASTEK 15
griseofulvin microsize 55
griseofulvin ultramicrosize 55
guaifenesin-codeine 127
guanfacine hcl 63
guanfacine hcl er 12
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR 187
GUARDIAN 4 TRANSMITTER 187
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER 187
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER 187
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED 187
GUARDIAN SENSOR (3) 187
GUARDIAN SENSOR 3 187
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 45
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 46
GVOKE KIT 46
GVOKE PFS 46
GYNAZOLE-1 261
habitrol 248
HAEGARDA 163
HAEMOLANCE 187
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS 187
HAEMOLANCE PLUS 187
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW 187
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW 187
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW 187
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW 187
hailey 1.5/30 119
hailey 24 fe 119
hailey fe 1.5/30 119
hailey fe 1/20 119
HALAVEN 90
halcinonide 135
HALCION 172
halobetasol propionate 135
haloperidol 98
haloperidol decanoate 98
haloperidol lactate 98
HARVONI 105, 106
HAVRIX 260
HEALON DUET PRO 237
HEALON GV PRO 237
HEALON PRO 237
HEALON5 PRO 237
HEALTH CARE LANCING DEVICE 187
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 198
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 198
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 198
healthy hair/skin/nails 217
healthylax 174
heather 123
h-e-b aspirin 22
h-e-b incontrol adv lancing 187
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G 187
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G 187
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G 187
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 198
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 198
HECTOROL 147
HELIDAC THERAPY 256
HEMABATE 239
HEMADY 125
HEMANGEOL 108
HEMLIBRA 161
HEMOFIL M 162
HEPAGAM B 240
heparin (porcine) in nacl 36
HEPARIN (PORCINE) IN NACL 36
heparin na (pork) lock flsh pf 36
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W 36
heparin sod (porcine) in d5w 36
heparin sod (pork) lock flush 36
heparin sodium (porcine) 36
HEPARIN SODIUM (PORCINE) 36
heparin sodium (porcine) pf 36
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF 36
HEPLISAV-B 260
HEPZATO W/50MM CATHETER ... 91
HEPZATO W/62MM CATHETER ... 91
HER STYLE 122
HERCEPTIN 75
HERCEPTIN HYLECTA 85
HERZUMA 75
hetastarch-nacl 165
HETLIOZ LQ 173
HEXATRIONE 125
HEXTEND 165
HIBERIX 258
hidex 6-day 125
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN 217
HIPREX 68
HIZENTRA 240
hm clearlax 174
hm milk of magnesia 176
hm nicotine polacrilex 248, 249
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 198

HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 198
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 198
HUMALOG 46, 47
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 46
HUMALOG KWIKPEN 46
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 46
HUMALOG MIX 75/25 47
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 47
HUMATE-P 162
HUMATIN 16
HUMATROPE 146
HUMIRA (2 PEN) 18
HUMIRA (2 SYRINGE) 18
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 18
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 18
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 226
HYCAMTIN 93
HYCODAN 127
hydralazine hcl 64
HYDREA 86
hydrochlorothiazide 143
hydrocod poli-chlorphe poli er 128
hydrocodone bitartrate er 24
hydrocodone bit-homatrop mbr 127
hydrocodone-acetaminophen 23
hydrocodone-ibuprofen 23
hydrocortisone 28, 125, 135
hydrocortisone (perianal) 28
hydrocortisone ace-pramoxine 28
hydrocortisone butyrate 135
hydrocortisone sod suc (pf) 125
hydrocortisone valerate 135
hydrocortisone-acetic acid 239
hydromet 127
hydromorphone hcl 24
hydromorphone hcl er 24
HYDROMORPHONE HCL PF 24
hydromorphone hcl pf 24
hydroxocobalamin acetate 167
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 69
hydroxychloroquine sulfate 69
hydroxyurea 86
hydroxyzine hcl 29
hydroxyzine pamoate 29
HYFTOR 137
HYLENEX 209
HYMOVIS 226
HYPERHEP B 240
HYPERRAB 240
HYPERRHO S/D 240
HYPERSAL 127
HYPERTET 240
HYPOLANCE AST LANCING 187
HY-VEE LANCETS 187
HY-VEE THIN LANCETS 188
ibandronate sodium 144
IBRANCE 87
ibu 19
ibuprofen 19
ibuprofen lysine 19
ibutilide fumarate 31
icatibant acetate 163
iclevia 122
ICLUSIG 77
IDAMYCIN PFS 84
idarubicin hcl 84
IDELVION 162
IDHIFA 89
IFEX 91
ifosfamide 91
IFOSFAMIDE 91
IGALMI 173
IHEALTH LANCING DEVICE 188
IHEEZO 234
ILARIS 18
ILEVRO 234
ILIDERM 138
ILUVIEN 236
imatinib mesylate 77
IMBRUVICA 78
IMCIVREE 14
IMDELLTRA 77
IMFINZI 76
imipenem-cilastatin 66
imipramine hcl 44
imipramine pamoate 44
imiquimod 136, 137
imiquimod pump 137
IMJUDO 75
IMMPHENTIV 263
IMOGAM RABIES-HT 240
IMOVAX RABIES 260
IMPAVIDO 65
IMURAN 212
IN TOUCH LANCING DEVICE 188
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G 188
inatal gt 220
INBRIJA 95
incassia 123
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 199
INCRELEX 147
indapamide 143
INDERAL XL 108
indomethacin 19
indomethacin er 19
indomethacin sodium 19
INFANRIX 254
INFED 169
INFLIXIMAB 158
INFUMORPH 200 24
INFUMORPH 500 24
INFUVITE ADULT 217
INFUVITE PEDIATRIC 219
INGREZZA 244
INLYTA 93, 94
INNOPRAN XL 108
INQOVI 85
INREBIC 89
INSPRA 64
INSTAT 171
INSULIN LISPRO 47
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 47
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 47
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 47
INSULIN SYRINGE 199
insulin syringe-needle u-100 199
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 199
INSUPEN PEN NEEDLES 199
INTELENCE 103
INTERCEED 171
INTERCEED (TC7) 171
INTRALIPID 230
INTRAROSA 261
introvale 122
INVEGA HAFYERA 97
INVEGA SUSTENNA 97
INVEGA TRINZA 97
INVELTYS 236
IONOSOL-MB IN D5W 204
IOPIDINE 235
IPOL 260
ipratropium bromide 33, 227
ipratropium-albuterol 32
irbesartan 63
irbesartan-hydrochlorothiazide 62
IRESSA 79
irinotecan hcl 93
ISENTRESS 103
ISENTRESS HD 103
isibloom 119
isoflurane 158
ISOLYTE-P IN D5W 204
ISOLYTE-S 205
ISOLYTE-S PH 7.4 205
isoniazid 70
isoproterenol hcl 33
ISORDIL TITRADOSE 29
isosorb dinitrate-hydralazine 113
isosorbide dinitrate 29
isosorbide mononitrate 29
isosorbide mononitrate er 29
isotretinoin 129
isradipine 110
ISTODAX 80
ISTURISA 145
ITOVEBI 92
itraconazole 56
ivabradine hcl 115
ivermectin 28, 138
IWILFIN 91
IXCHIQ 260
IXEMPRA KIT 90

IXIARO 260
IXINITY 162
IYUZEH 237
IZERVAY 233
jaimiess 122
JAKAFI 89
jantoven 35
JANUMET 46
JANUMET XR 46
JANUVIA 46
JARDIANCE 49
jasmiel 119
JATENZO 27
Javygtor 150
JAYPIRCA 78
JELMYTO 84
JEMPERLI 76
jencycla 123
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL 220
JEUVEAU 136
JEVTANA 90
jinteli 153
JIVI 162
JOENJA 208
jolessa 122
Joyeaux 119
JUBLIA 136
juleber 119
JULUCA 102
junel 1.5/30 119
junel 1/20 119
junel fe 1.5/30 119
junel fe 1/20 119
junel fe 24 119
JUXTAPID 59
JYLAMVO 72
JYNARQUE 150
JYNNEOS 260
KABIVEN 230
KADCYLA 85
kaitlib fe 119
KALBITOR 165
kalliga 119
KALYDECO 251
KAMELEON LUBRICATED 180
KANJINTI 75
KANUMA 148
KAPSPARGO SPRINKLE 108
KARDIAMEMBRANE 139
kariva 118
KATERZIA 110
KCENTRA 162
kcl (0.149%) in nacl 205
kcl (0.298%) in nacl 205
kcl in dextrose-nacl 205
KCL IN DEXTROSE-NACL 205
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 205
KEDBUMIN 166
KEDRAB 240
kelnor 1/35 119
kelnor 1/50 119
KENALOG-10 125
KENALOG-40 125
KENALOG-80 125
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS 141
KENGREAL 164
KEPIVANCE 87
KERENDIA 149
KESIMPTA 246
KETALAR 158
ketamine hcl 158
ketoconazole 55, 136
ketodan 136
ketoprofen er 19
ketorolac tromethamine 19, 234
KETOROLAC TROMETHAMINE 19
KEYTRUDA 76
KHAPZORY 88
KIMMTRAK 77
kimono 180
KIMONO COLORS 180
KIMONO MAXX-LARGE FLARE 180
kimono micro thin 180
kimono micro thin plus 180
kimono plus 180
kimono ps 180
kimono ps plus 180
kimono sensation 180
kimono sensation plus 180
KIMONO SPECIAL 180
KIMYRSA 66
KINNEY LANCETS 188
KINNEY THIN LANCETS 188
KINRAY INSULIN SYRINGE 199
KINRIX 254
KISQALI (200 MG DOSE) 87
KISQALI (400 MG DOSE) 87
KISQALI (600 MG DOSE) 87
KLARON 128
Klayesta 130
KLISYRI (250 MG) 137
KLISYRI (350 MG) 138
klor-con 206
klor-con 10 206
klor-con m10 206
klor-con m15 206
klor-con m20 206
KLOXXADO 52
kls aspirin low dose 22
kls laxaclear 174
kls quit2 249
kls quit4 249
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G 199
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G 199
KOATE 162
KOATE-DVI 162
kobee 215
KOGENATE FS 162
KORSUVA 212
KOSELUGO 81
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 220
Kourzeq 214
KOVALTRY 162
kp aspirin 22
kp b complex-c 214
kp bisacodyl 176
kp folic acid 169
KP PRENATAL MULTIVITAMINS 220
K-PHOS 206
K-PHOS NO 2 160
K-PHOS-NEUTRAL 206
KPN PRENATAL 220
KRAZATI 80
KRINTAFEL 69
KRISTALOSE 174
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE 188
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G 188
KROGER INSULIN SYRINGE 199
KROGER LANCETS 188
KROGER LANCETS 21G 188
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G 188
KROGER LANCETS SUPER THIN 188
KROGER LANCETS THIN 188
KROGER LANCETS THIN 26G 188
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G 188
kroger lancing device 188
KROGER PEN NEEDLES 199
KRYSTEXXA 161
K-TAB 206
kurvelo 119
KYLEENA 123
KYPROLIS 83
labetalol hcl 107
lacosamide 38
lactated ringers 205, 210
LACTULOSE 174
lactulose 175
lactulose encephalopathy 157
LAGEVRIO 106
lamivudine 104, 105
lamivudine-zidovudine 102
lamotrigine 38
lamotrigine er 38
lamotrigine starter kit-blue 38
lamotrigine starter kit-green 38
lamotrigine starter kit-orange 38
LAMPIT 65
LAMZEDE 143
lancet device 188
lancet device with ejector 188
LANCETS 188
LANCETS 30G 188
LANCETS 33G 188
LANCETS MICRO THIN 33G 188
LANCETS SUPER THIN 188
LANCETS SUPER THIN 28G 188
LANCETS THIN 188
LANCETS ULTRA THIN 188
LANCETS ULTRA THIN 30G 188

lancing device ... 188
LANOXIN ... 112
LANOXIN PEDIATRIC ... 112
LANREOTIDE ACETATE ... 150
lansoprazole ... 255
lanthanum carbonate ... 157
LANTUS ... 47
LANTUS SOLOSTAR ... 47
LANZO ... 188
lapatinib ditosylate ... 82
larin 1.5/30 ... 119
larin 1/20 ... 119
larin 24 fe ... 119
larin fe 1.5/30 ... 119
larin fe 1/20 ... 120
LASIX ... 142
latanoprost ... 237
LATISSE ... 138
LAVARE WOUND WASH ... 141
laxative ... 176
layolis fe ... 120
LAZCLUZE ... 79
leader advanced lancing device ... 188
LEADER INSULIN SYRINGE ... 199
LEADER UNIFINE PENTIPS ... 199
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS ... 199
leena ... 124
leflunomide ... 20
LEMTRADA ... 246
lenalidomide ... 209
LENTOCILIN ... 241
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ... 94
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ... 94
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ... 94
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ... 94
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ... 94
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ... 94
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ... 94
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ... 94
LEQVIO ... 59
lessina ... 120
letrozole ... 87
leucovorin calcium ... 88
LEUKERAN ... 91
LEUKINE ... 169
leuprolide acetate ... 89
leuprolide acetate (3 month) ... 89
levalbuterol hcl ... 33
levalbuterol tartrate ... 33
levamlodipine maleate ... 110
levetiracetam ... 39
levetiracetam er ... 38, 39
LEVETIRACETAM IN NACL ... 39
levobunolol hcl ... 230
levocarnitine ... 145
levocarnitine sf ... 145
levocetirizine dihydrochloride ... 56, 57
levofloxacin ... 154, 232
levofloxacin in d5w ... 154
levoleucovorin calcium ... 88
levoleucovorin calcium pf ... 88
levonest ... 124
levonorgest-eth est & eth est ... 122
levonorgest-eth estrad 91-day ... 122
levonorgest-eth estradiol-iron ... 120
levonorgestrel ... 122
levonorgestrel-ethinyl estrad ... 120, 122
levonorg-eth estrad triphasic ... 124
LEVOPHED ... 263
levora 0.15/30 (28) ... 120
levorphanol tartrate ... 24
levo-t ... 253
LEVOTHYROXINE SODIUM ... 253
levothyroxine sodium ... 253
levoxyl ... 253
LEVULAN KERASTICK ... 138
l-glutamine ... 167
LIBERTY MEDICAL LANCETS ... 188
LIBERTY MINI LANCING DEVICE ... 188
LIBRAX ... 254
LIBTAYO ... 76
lidocaine ... 137
lidocaine hcl ... 137, 178, 212
lidocaine hcl (cardiac) ... 30
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF ... 30
lidocaine hcl (cardiac) pf ... 30
lidocaine hcl (pf) ... 178
lidocaine hcl urethral/mucosal ... 137
lidocaine in d5w ... 31
lidocaine viscous hcl ... 212
lidocaine-epinephrine ... 177
lidocaine-epinephrine (pf) ... 177
lidocaine-prilocaine ... 140
LILETTA (52 MG) ... 123
LINCOCIN ... 67
lincomycin hcl ... 67
linezolid ... 68
linezolid in sodium chloride ... 68
LINZESS ... 155
liothyronine sodium ... 253
lipo flavonoid plus ... 224
LIPOFEN ... 58
lipoflavovit ... 224
LIPOTRIAD ... 224
liraglutide ... 48
lisdexamfetamine dimesylate ... 12, 13
lisinopril ... 61
lisinopril-hydrochlorothiazide ... 60
LITE TOUCH LANCETS ... 188
LITE TOUCH LANCING PEN ... 188
LITETOUCH INSULIN SYRINGE ... 199
LITETOUCH LANCETS ... 189
LITETOUCH PEN NEEDLES ... 199
lithium ... 96
lithium carbonate ... 96
lithium carbonate er ... 96
LITHOSTAT ... 160
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN ... 189
LIVMARLI ... 156
LIVTENCITY ... 105
lmd in d5w ... 165
lmd in nacl ... 165
LO LOESTRIN FE ... 118
LODINE ... 19
LODOSYN ... 95
loestrin 1.5/30 (21) ... 120
loestrin 1/20 (21) ... 120
loestrin fe 1.5/30 ... 120
loestrin fe 1/20 ... 120
lofexidine hcl ... 243
lojaimiess ... 122
LOKELMA ... 211
LOMAIRA ... 13
LOMOTIL ... 50
LONGS INSULIN SYRINGE ... 199
LONGS LANCETS STANDARD ... 189
LONGS LANCETS THIN ... 189
LONGS LANCETS ULTRA THIN ... 189
LONSURF ... 85
loperamide hcl ... 51
LOPID ... 58
lopinavir-ritonavir ... 102
LOQTORZI ... 76
lorazepam ... 30
lorazepam intensol ... 30
LORBRENA ... 73
loryna ... 120
losartan potassium ... 63
losartan potassium-hctz ... 62
LOTEMAX ... 236
LOTEMAX SM ... 236
LOTENSIN ... 61
LOTENSIN HCT ... 60
loteprednol etabonate ... 236
lovastatin ... 58
low-ogestrel ... 120
loxapine succinate ... 99
lo-zumandimine ... 120
lubiprostone ... 155
LUCENTIS ... 238
LUGOLS STRONG IODINE ... 101
luliconazole ... 136
LUMAKRAS ... 80, 81
LUMIGAN ... 237
LUMIZYME ... 145
LUNSUMIO ... 77
LUPKYNIS ... 209
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ... 89
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ... 89
LUPRON DEPOT (4-MONTH) ... 89
LUPRON DEPOT (6-MONTH) ... 90
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) ... 148
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) ... 148
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) ... 148
lurasidone hcl ... 97
LUTATHERA ... 86
lutera ... 120
LUZU ... 136
LYBALVI ... 250
lyleq ... 123
lyllana ... 153
LYNPARZA ... 92
LYSODREN ... 71

LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 79
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 79
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 79
LYUMJEV 47
LYUMJEV KWIKPEN 47
lyza 123
MACROBID 68
MACRODANTIN 68
mafenide acetate 133
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 199
magnesium citrate 176
MAGNESIUM SULFATE 206
MAGNESIUM SULFATE IN D5W . 206
MALARONE 69
malathion 139
manganese chloride 206
mannitol 142
MARATHON MEDICAL PENTIPS 199
maraviroc 102
MARCAINE 178
MARCAINE PRESERVATIVE FREE 178
MARCAINE/EPINEPHRINE 177
MARCAINE/EPINEPHRINE PF 177
MAR-COF CG EXPECTORANT 127
MARGENZA 75
MARINOL 54
marlissa 120
MARPLAN 42
MASONATAL 220
MATULANE 86
matzim la 110
MAVENCLAD (10 TABS) 245
MAVENCLAD (4 TABS) 245
MAVENCLAD (5 TABS) 245
MAVENCLAD (6 TABS) 245
MAVENCLAD (7 TABS) 245
MAVENCLAD (8 TABS) 245
MAVENCLAD (9 TABS) 245
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 199
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 199
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 199
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" . 199
MAXIDEX 236
MAXITROL 235
maxi-tuss ac 127
MAXI-TUSS CD 128
maxx 180
maxx plus 180
MAYZENT 250
MAYZENT STARTER PACK 250
meclizine hcl 53
meclofenamate sodium 19
MEDIC INSULIN SYRINGE 199
MEDICHOICE SAFETY LANCET 189
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA 189
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM 189
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 199
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G 189
MEDLANCE PLUS LITE 25G 189
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM 189
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G 189
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G 189
MEDROL 125
medroxyprogesterone acetate 123, 242
mefenamic acid 19
mefloquine hcl 69
mega multiple/chelated mineral 224
megestrol acetate 92, 242
MEIJER LANCETS 189
MEIJER LANCETS THIN 189
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G 189
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G 189
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G 189
MEIJER PEN NEEDLES 199
MEIJER SUPER THIN LANCETS . 189
MEKINIST 81
MEKTOVI 81
meloxicam 20
melphalan hcl 91
memantine hcl 247
memantine hcl er 247
MENEST 153
MENOPUR 149
MENOSTAR 153
MENQUADFI 258
MENVEO 258
meperidine hcl 24
meprobamate 29
MEPRON 65
MEPSEVII 148
mercaptopurine 72
meropenem 66
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 66
merzee 120
mesalamine 156
mesalamine er 156
mesalamine-cleanser 156
mesna 93
MESNEX 93
MESTINON 69
metformin hcl 45
metformin hcl er 45
METHADONE HCL 24
methadone hcl 24
methadone hcl intensol 24
METHADOSE 24
methadose 24
METHADOSE SUGAR-FREE 24
methazolamide 142
methenamine hippurate 68
methergine 239
methimazole 253
methocarbamol 225
methotrexate sodium 72
methotrexate sodium (pf) 72
methoxsalen rapid 131
methscopolamine bromide 256
methsuximide 41
methyldopa 63
methylene blue 52
methylene blue (antidote) 51
methylergonovine maleate 239
methylphenidate 15
methylphenidate hcl 15
methylphenidate hcl er 15
methylphenidate hcl er (cd) 14
methylphenidate hcl er (la) 14
methylphenidate hcl er (osm) 15
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) 15
methylphenidate hcl er (xr) 15
methylprednisolone 125, 126
methylprednisolone sodium succ 126
metoclopramide hcl 155
metolazone 143
metoprolol succinate er 108
metoprolol tartrate 108
metoprolol-hydrochlorothiazide 64
METROCREAM 138
METRONIDAZOLE 65
metronidazole 65, 138, 262
metyrosine 62
mexiletine hcl 31
MI PASTE 181
MI PASTE PLUS 181
MIACALCIN 144
Mibelas 24 Fe 120
MICAFUNGIN SODIUM 54
micafungin sodium-nacl 54
miconazole 3 261
miconazole-zinc oxide-petrolat 130
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 240
MICRODOT PEN NEEDLE 199
microgestin 1.5/30 120
microgestin 1/20 120
microgestin fe 1.5/30 120
microgestin fe 1/20 120
MICROLET LANCETS 189
MICROLET NEXT LANCING DEVICE 189
midazolam hcl 172
midazolam hcl (pf) 172
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE 173
midazolam-sodium chloride (pf) 173
midodrine hcl 263
MIFEPREX 143
mifepristone 48, 143
migergot 203
miglitol 45
miglustat 167
mili 120
milk of magnesia 176

milrinone lactate 112
milrinone lactate in dextrose 112
mimvey 153
mineral oil heavy 175
mini lancing device 189
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER 189
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS 189
MINOCIN 253
minocycline hcl 253
minoxidil 64
MIOCHOL-E 231
MIOSTAT 231
mirabegron er 257
MIRAPEX ER 96
MIRCERA 168
MIRENA (52 MG) 123
mirtazapine 41
MIRVASO 138
misoprostol 257
mitigo 24
mitomycin 85, 232
MITOSOL 232
mitoxantrone hcl 85
mm aspirin 22
mm clearlax 175
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 199
MM LANCING DEVICE 189
MM PEN NEEDLES 199
MM TWIST LANCETS 189
M-M-R II 259
M-NATAL PLUS 220
modafinil 15
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y 260
moexipril hcl 61
molindone hcl 99
mometasone furoate 135, 227
mondoxyne nl 253
MONJUVI 74
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY 178
monoject flush syringe 207
MONOJECT INSULIN SYRINGE .. 199
monoject sodium chloride flush 207
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 199
MONOLET LANCETS 189
MONOLET OPD LANCETS 189
MONOLETTOR SAFETY LANCETS 189
mono-linyah 120
MONOVISC 226
montelukast sodium 34
MORPHINE SULFATE 25
morphine sulfate 25
morphine sulfate (concentrate) 24
morphine sulfate (pf) 24
MORPHINE SULFATE (PF) 25
morphine sulfate er 25
morphine sulfate er beads 25
MOTOFEN 51
MOUNJARO 48
MOVANTIK 157
MOXIFLOXACIN HCL 154
moxifloxacin hcl 154, 232
moxifloxacin hcl (2x day) 232
moxifloxacin hcl in nacl 154
MOZOBIL 167
MRESVIA 260
MS INSULIN SYRINGE 200
MULPLETA 170
MULTAQ 31
MULTI PRENATAL 220
multi vitamin 217
MULTI VITAMIN W/D-3 217
multi-lancet device 189
MULTI-LANCET DEVICE 2 189
multiple electro type 1 ph 5.5 205
multiple electro type 1 ph 7.4 205
multiple vitamin-folic acid 217
multiple vitamins 218
multiple vitamins essential 217
multiple vitamins/iron 216
MULTITRACE-4 PEDIATRIC 207
MULTIVITAMIN 218
multi-vitamin 218
multivitamin adult 218
multivitamin iron-free 218
multivitamin plus iron adult 216
multivitamin w/fluoride 219
multivitamin/fluoride 219
multi-vitamin/fluoride 219
multi-vitamin/fluoride/iron 219
multi-vitamin/iron 216
MULTI-VIT-FLOR 219
MULTRYS 207
mupirocin 130
mutamycin 85
MVASI 94
my choice 122
my way 122
MYALEPT 147
MYCAMINE 54
MYCAPSSA 150
mycophenolate mofetil 210
mycophenolate mofetil hcl 210
mycophenolate sodium 210
mycophenolic acid 210
MYDCOMBI 231
MYDRIACYL 231
MYFEMBREE 153
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G 189
MYHIBBIN 210
MYLERAN 70
MYLOTARG 74
MYOBLOC 228
MYRBETRIQ 257
MYTESI 50
MYXREDLIN 47
na ferric gluc cplx in sucrose 170
na sulfate-k sulfate-mg sulf 174
NABI-HB 240
nabumetone 20
nadolol 108
nafcillin sodium 242
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE 242
naftifine hcl 130
NAFTIN 130
NAGLAZYME 148
nalbuphine hcl 26
nalmefene hcl 52
naloxone hcl 52
naltrexone hcl 52
NAMENDA TITRATION PAK 247
NAMZARIC 243
naproxen 20
naproxen dr 20
naproxen sodium 20
naratriptan hcl 203
NARDIL 42
NAROPIN 178
NATACYN 232
natal pnv 220
NATALVIT 220
nateglinide 48
NATESTO 27
NATROBA 139
nat-rul b-50 224
nat-rul daily-vite+iron 217
nebivolol hcl 108
NEBUPENT 65
Nebusal 127
necon 0.5/35 (28) 120
NEEVO DHA 220
nefazodone hcl 43
nelarabine 72
NEOMULTIVITE 218
neomycin sulfate 16
neomycin-bacitracin zn-polymyx 232
neomycin-polymyxin b gu 159
neomycin-polymyxin-dexameth 235
neomycin-polymyxin-gramicidin 233
neomycin-polymyxin-hc 235, 238
NEONATAL COMPLETE 220
NEONATAL PLUS 220
neonatal prenatal 221
NEONATAL VITAMIN 221
neo-polycin 233
neo-polycin hc 235
NEOPROFEN 20
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE 69
NEO-SYNALAR 130
NEOX 100 140
NEOX CORD 1K 140
nephro vitamins 214
NEPHRO-VITE 214
NERLYNX 82
NESACAINE 178
NESACAINE-MPF 178
NESTABS 221
NESTABS DHA 221
NESTABS ONE 223
neuac 129
NEULASTA 169

NEULASTA ONPRO 169
NEUPRO 96
NEVANAC 235
nevirapine 104
nevirapine er 104
new day 122
NEXAVAR 82
NEXIUM I.V. 256
NEXLETOL 57
NEXLIZET 57
NEXOBRID 136
NEXPLANON 123
NEXTERONE 31
NEXVIAZYME 145
niacin (antihyperlipidemic) 59
niacin er (antihyperlipidemic) 59
niacor 59
nicardipine hcl 110
NICARDIPINE HCL IN NACL 110
NICODERM CQ 249
NICORETTE 249
NICORETTE MINI 249
NICORETTE STARTER KIT 249
NICOTINE 249
nicotine 249
nicotine mini 249
nicotine polacrilex 249
nicotine polacrilex mini 249
nicotine step 1 249
nicotine step 2 249
nicotine step 3 249
NICOTROL 249
NICOTROL NS 249
nifedipine 111
nifedipine er 110
nifedipine er osmotic release 110, 111
nikki 120
nilutamide 71
nimodipine 111
NINJACOF-XG 127
NINLARO 83
NIPENT 86
NIPRIDE RTU 64
nisoldipine er 111
nitazoxanide 65
NITHIODOTE 51
nitisinone 146
NITRO-BID 29
NITRO-DUR 29
nitrofurantoin 68
nitrofurantoin macrocrystal 68
nitrofurantoin monohyd macro 68
nitroglycerin 28, 29
NITROGLYCERIN 29
nitroglycerin in d5w 29
NITROLINGUAL 29
nitroprusside sodium 64
nitroprusside sodium-nacl 64
NITROSTAT 29
NITYR 146
NIVA-PLUS 221
nizatidine 255
NOCDURNA 152
nora-be 123
norelgestromin-eth estradiol 121
norethin ace-eth estrad-fe 120
norethindrone 123
norethindrone acetate 242
norethindrone acet-ethinyl est 120
norethindrone-eth estradiol 153
norethindron-ethinyl estrad-fe 124
norethin-eth estradiol-fe 120
norgesic 225
norgestimate-eth estradiol 120
norgestim-eth estrad triphasic 124
NORLIQVA 111
norlyroc 124
normal saline flush 207
NORMOSOL-M IN D5W 205
NORMOSOL-R 205
NORMOSOL-R IN D5W 205
NORMOSOL-R PH 7.4 205
NORPACE 30
NORPACE CR 30
NORPRAMIN 44
nortrel 0.5/35 (28) 120
nortrel 1/35 (21) 120
nortrel 1/35 (28) 120
nortrel 7/7/7 124
nortriptyline hcl 44
NORVIR 103
NOURIANZ 94
NOVA SAFETY LANCETS 23G 189
NOVA SAFETY LANCETS 28G 190
NOVA SUREFLEX LANCETS 190
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE 190
NOVAREL 149
novavax covid-19 vaccine 260
novite 218
NOVOEIGHT 162
NOVOFINE PEN NEEDLE 200
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 200
NOVOSEVEN RT 162
NOXAFIL 56
np thyroid 253
NPLATE 170
NUBEQA 71
NUCALA 34
NUCYNTA 25
NUEDEXTA 247
NULIBRY 148
NULOJIX 212
NUMBRINO 227
NUPLAZID 97
NURTEC 203
NUTRILIPID 230
NUVARING 121
NUVESSA 262
NUWIQ 162
NUZYRA 252
nyamyc 130
nylia 1/35 121
nylia 7/7/7 124
NYMALIZE 111
nystatin 55, 130, 131, 213
nystatin-triamcinolone 130
nystop 131
OB COMPLETE 221
OB COMPLETE ONE 221
OB COMPLETE PETITE 221
OB COMPLETE PREMIER 221
OB COMPLETE/DHA 221
obizur 162
OCALIVA 154
ocella 121
OCTAGAM 240
OCTAPLAS BLOOD GROUP A 166
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB 166
OCTAPLAS BLOOD GROUP B 166
OCTAPLAS BLOOD GROUP O 166
octreotide acetate 150, 151
OCUFLOX 232
ODACTRA 16
ODEFSEY 102
ODOMZO 80
OFEV 251
ofloxacin 154, 232, 238
OGIVRI 75
OGSIVEO 79
OHTUVAYRE 34
OJEMDA 78
OJJAARA 89
olanzapine 100, 101
olanzapine-fluoxetine hcl 250
OLINVYK 25
olmesartan medoxomil 63
olmesartan medoxomil-hctz 62
olmesartan-amlodipine-hctz 63
olopatadine hcl 227
OLPRUVA (2 GM DOSE) 151
OLPRUVA (3 GM DOSE) 151
OLPRUVA (4 GM DOSE) 151
OLPRUVA (5 GM DOSE) 151
OLPRUVA (6 GM DOSE) 151
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) 151
OMECLAMOX-PAK 256
omega-3-acid ethyl esters 57
OMEGAVEN 230
omeprazole 256
OMIDRIA 236
OMNICAP 218
OMNIFLEX DIAPHRAGM 181
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 195
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 195
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 195
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 195
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 195
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 195
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 195
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 195
ONCASPAR 85
once daily 218
ondansetron 53
ondansetron hcl 52, 53

one daily ... 218
one daily essential ... 218
one daily essentials ... 218
one daily multivitamin adult ... 218
one daily multivitamin/iron ... 217
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ... 218
ONE VITE WOMENS ... 221
ONE VITE WOMENS PLUS ... 221
one-daily multi vitamins ... 218
one-daily multi-vitamin ... 218
one-daily multi-vitamin/iron ... 217
one-daily/iron ... 217
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ... 176
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G ... 190
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G ... 190
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING ... 190
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING ... 190
ONETOUCH ULTRA ... 141
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST ... 141
ONETOUCH ULTRA TEST ... 141
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS ... 190
ONETOUCH VERIO ... 141
ONGENTYS ... 96
ONIVYDE ... 93
ONPATTRO ... 248
ONTRUZANT ... 75
ONUREG ... 72
opcicon one-step ... 122
OPDIVO ... 76
OPDUALAG ... 74
OPFOLDA ... 145
OPILL ... 124
OPSUMIT ... 114
OPSYNVI ... 113
option 2 ... 122
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE ... 261
OPVEE ... 52
OPZELURA ... 133
ORABLOC ... 177
ORALAIR ... 16
oralone ... 214
ORAPRED ODT ... 126
ORAVIG ... 213
ORBACTIV ... 66
ORENITRAM ... 114
ORENITRAM MONTH 1 ... 113
ORENITRAM MONTH 2 ... 113
ORENITRAM MONTH 3 ... 113
ORFADIN ... 146
ORGOVYX ... 88
ORIAHNN ... 153
ORILISSA ... 146
ORKAMBI ... 251
ORLADEYO ... 165
orlistat ... 14
Ormalvi ... 142
orphenadrine citrate ... 225
orphenadrine citrate er ... 225
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ... 225
orphengesic forte ... 226
ORSERDU ... 92, 93
ORTHOVISC ... 226
oseltamivir phosphate ... 106
osmitrol ... 142
OSMOLEX ER ... 95
OSPHENA ... 150
OTEZLA ... 20
OTOVEL ... 239
OVIDE ... 139
OVIDREL ... 149
oxacillin sodium ... 242
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE ... 242
oxaliplatin ... 70
oxaprozin ... 20
oxazepam ... 30
oxcarbazepine ... 39
oxcarbazepine er ... 39
OXERVATE ... 234
oxiconazole nitrate ... 136
OXISTAT ... 136
OXLUMO ... 160
oxybutynin chloride ... 257
oxybutynin chloride er ... 257
oxycodone hcl ... 25
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ... 26
oxycodone-acetaminophen ... 26
oxymorphone hcl ... 25
oxymorphone hcl er ... 25
oxytocin ... 239
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) ... 48
OZEMPIC (1 MG/DOSE) ... 48
OZEMPIC (2 MG/DOSE) ... 48
OZURDEX ... 236
pacerone ... 31
paclitaxel ... 90
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART ... 90
PADCEV ... 76
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ... 15
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ... 15
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ... 15
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ... 15
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ... 15
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ... 15
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ... 16
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ... 16
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ... 16
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ... 16
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ... 16
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ... 16
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ... 16
PALINGEN FLOW ... 140
PALINGEN HYDROMEMBRANE ... 140
PALINGEN INOVOFLO ... 140
PALINGEN MEMBRANE ... 140
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE ... 140
PALINGEN XPLUS MEMBRANE ... 140
paliperidone er ... 97, 98
PALONOSETRON HCL ... 53
palonosetron hcl ... 53
PALYNZIQ ... 150
PAMELOR ... 45
pamidronate disodium ... 144
PAMIDRONATE DISODIUM ... 144
PANCREAZE ... 141
PANHEMATIN ... 165
PANRETIN ... 131
pantoprazole sodium ... 256
pantoprazole sodium-nacl ... 256
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER ... 190
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER ... 122
paraplatin ... 70
paricalcitol ... 147
PARLODEL ... 95
PARNATE ... 42
paroxetine hcl ... 43
paroxetine hcl er ... 43
paroxetine mesylate ... 250
PARSABIV ... 144
PAVBLU ... 238
PAXIL ... 43
PAXLOVID (150/100) ... 104
PAXLOVID (300/100) ... 104
pazopanib hcl ... 82
PC UNIFINE PENTIPS ... 200
PEDIAPRED ... 126
PEDIARIX ... 254
PEDMARK ... 92
PEDVAX HIB ... 258
peg 3350 ... 175
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ... 174
peg-3350/electrolytes ... 174
peg-3350/electrolytes/ascorbat ... 174
PEGASYS ... 106
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c ... 174
PEG-PREP ... 174
PEMAZYRE ... 79
pemetrexed ... 72
pemetrexed dipotassium ... 72
pemetrexed disodium ... 72
pemetrexed ditromethamine ... 72
PEMFEXY ... 72
PEMGARDA ... 240
PEMRYDI RTU ... 73

pen needle/5-bevel tip 200
PEN NEEDLES 200
PEN NEEDLES 5/16" 200
PENBRAYA 258
penciclovir 133
penicillamine 208
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 241
penicillin g potassium 241
penicillin g sodium 241
penicillin v potassium 241
PENTACEL 254
PENTAM 65
pentamidine isethionate 65
PENTASA 156
pentazocine-naloxone hcl 26
PENTIPS 200
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 200
pentobarbital sodium 172
pentoxifylline er 165
PEPCID 255
PERFECT LANCETS 28G 190
PERFECT LANCETS 30G 190
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 190
PERFOROMIST 33
PERIDEX 213
PERIKABIVEN 230
perindopril erbumine 61
periogard 213
PERJETA 75
permethrin 139
perphenazine 99
perphenazine-amitriptyline 247
PERSERIS 98
PERTZYE 141
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y 260
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y 260
pfizerpen 241
PHARMACIST CHOICE LANCETS 190
PHARMACY COUNTER LANCETS 190
PHEBURANE 151
phendimetrazine tartrate 13
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER 13
phenelzine sulfate 42
PHENERGAN 57
phenobarbital 172
phenobarbital sodium 172
phenoxybenzamine hcl 62
phentermine hcl 13
phentolamine mesylate 62
phenylephrine hcl 231
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) 263
phenylephrine hcl (pressors) 263
PHENYTEK 41
phenytoin 41
phenytoin infatabs 41
phenytoin sodium 41
phenytoin sodium extended 41
PHESGO 85
PHEXXI 262
philith 121
phillips milk of magnesia 176
phospha 250 neutral 206
PHOSPHOLINE IODIDE 231
phosphorous 206
phospho-trin 250 neutral 206
phospho-trin k500 206
PHOTOFRIN 86
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT 235
PHOXILLUM B22K4/0 208
PHOXILLUM BK4/2.5 208
physiolyte 210
physiosol irrigation 210
phytonadione 263, 264
PIASKY 164
PIFELTRO 104
pilocarpine hcl 214, 231
pimecrolimus 137
pimozide 247
pimtrea 118
pindolol 108
pioglitazone hcl 50
pioglitazone hcl-glimepiride 50
pioglitazone hcl-metformin hcl 50
PIP LANCETS 28G 190
PIP LANCETS 30G 190
pip pen needles 31g x 5mm 200
pip pen needles 32g x 4mm 200
piperacillin sod-tazobactam so 242
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 92
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 92
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 92
pirfenidone 252
pirmella 7/7/7 124
piroxicam 20
PITOCIN 239
PLASMA-LYTE A 205
PLEGRIDY 245
PLEGRIDY STARTER PACK 245
plenamine 229
plerixafor 167
PLUVICTO 86
PNEUMOVAX 23 258
pnv prenatal plus multivit+dha 221
PNV TABS 20-1 221
pnv-dha 223
PNV-DHA+DOCUSATE 223
PNV-OMEGA 221
pnv-select 221
podofilox 137
POLIVY 75
polocaine 178
polocaine-mpf 178
polycin 233
polyethylene glycol 3350 175
polymyxin b sulfate 68
polymyxin b-trimethoprim 233
POLY-TUSSIN AC 128
POLY-VI-FLOR 219
POLY-VI-FLOR/IRON 219
POMALYST 80
POMBILITI 145
PONVORY 250
PONVORY STARTER PACK 250
portia-28 121
PORTRAZZA 79
posaconazole 56
POSFREA 53
POSIMIR 178
POTASSIUM ACETATE 206
POTASSIUM CHLORIDE 207
potassium chloride 207
potassium chloride crys er 206
potassium chloride er 206
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL 205
potassium chloride in nacl 205
potassium citrate er 159
potassium cl in dextrose 5% 205
POTASSIUM PHOSPHATES 206
potassium phosphates 206
potassium phosphates(66 meq k) 206
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) 206
POTELIGEO 74
pramipexole dihydrochloride 96
pramipexole dihydrochloride er 96
PRAMOSONE 139
PRAMOTIC 238
prasugrel hcl 167
pravastatin sodium 58
PRAXBIND 52
praziquantel 28
prazosin hcl 64
PRECEDEX 173
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 200
PRED MILD 236
prednisolone 126
prednisolone acetate 236
prednisolone sodium phosphate 126
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 236
prednisone 126
PREDNISONE INTENSOL 126
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE 200
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED 190
PREFERRED PLUS LANCETS THIN 190
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 200
pregabalin 39
pregabalin er 247
PREGEN DHA 223
PREGENNA 221
PREGNYL 149
PREMARIN 153, 262
PREMASOL 229
PREMESISRX 224

PREMPHASE 153
PREMPRO 153
prena 1 true 223
prena1 224
PRENA1 PEARL 221
PRENAISSANCE 223
PRENAISSANCE PLUS 223
PRENATAL 221
PRENATAL (W/IRON & FA) 221
PRENATAL 19 221
prenatal 19 221
PRENATAL COMPLETE 221
PRENATAL FORTE 221
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 223
PRENATAL ONE DAILY 221
PRENATAL PLUS 221
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 221
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL 221
prenatal vitamins 221
PRENATAL VITAMINS 222
PRENATAL/IRON 222
PRENATAL-U 222
PRENATE 224
PRENATE AM 224
PRENATE DHA 223
PRENATE ELITE 222
PRENATE ENHANCE 223
PRENATE ESSENTIAL 223
PRENATE MINI 223
PRENATE PIXIE 223
PRENATE RESTORE 223
PRENATRIX 222
PRENATRYL 222
PREPIDIL 239
PRESTALIA 60
PRETOMANID 70
prevalite 58
PREVDUO 51
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 200
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 200
PREVNAR 20 258
PREVYMIS 105
PREZISTA 103
PRIFTIN 70
PRIMACARE 222
PRIMAQUINE PHOSPHATE 69
PRIMAXIN IV 66
primidone 39
PRIORIX 259
PRISMASOL B22GK 4/0 208
PRISMASOL BGK 0/2.5 208
PRISMASOL BGK 2/0 208
PRISMASOL BGK 2/3.5 208
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 208
PRISMASOL BGK 4/2.5 209
PRISMASOL BK 0/0/1.2 209
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 200
PRO COMFORT LANCETS 30G 190
PRO COMFORT LANCETS 31G 190
PRO COMFORT PEN NEEDLES 200
pro comfort safety lancets 30g 190
PROAIR RESPICLICK 33
probenecid 161
procainamide hcl 30
PROCARDIA XL 111
procentra 13
prochlorperazine 100
prochlorperazine edisylate 99
prochlorperazine maleate 99
PROCRIT 168
PROCTOCORT 28
PROCTOFOAM HC 28
procto-med hc 28
proctosol hc 28
proctozone-hc 28
PROCYSBI 159
PRODIGY INSULIN SYRINGE 200
PRODIGY LANCETS 28G 190
PRODIGY LANCING DEVICE 190
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G 190
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G 190
PROFILNINE 163
progesterone 242
PROGLYCEM 46
PROGRAF 210, 211
PROLASTIN-C 251
PROLEUKIN 86
PROLIA 150
PROMACTA 170
promethazine hcl 57
promethazine vc 127
promethazine-codeine 128
promethazine-dm 128
promethazine-phenylephrine 127
promethegan 57
propafenone hcl 31
propafenone hcl er 31
proparacaine hcl 234
PROPECIA 141
PROPEL 227
PROPEL MINI 227
PROPEL MINI SDS 227
propofol 158
propranolol hcl 108
propranolol hcl er 108
propylthiouracil 253
PROQUAD 259
PRO-RED AC 128
PROSCAR 159
PROSOL 229
PROSTIN VR 212
protamine sulfate 166
PROTONIX 256
PROTOPAM CHLORIDE 52
protriptyline hcl 45
PROVAYBLUE 52
PROVERA 242
PROVIDA OB 222
PROVISC 237
pseudoeph-bromphen-dm 128
PULMICORT FLEXHALER 34
Pulmosal 127
PULMOZYME 251
PURE COMFORT LANCETS 30G 190
PURE COMFORT PEN NEEDLE 200
pure comfort safety pen needle 200
PURIXAN 73
px advanced lancing device 190
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 200
PX INSULIN SYRINGE 200
PX LANCETS MICROTHIN 33G 190
PX LANCETS ULTRA THIN 28G 190
PX MINI PEN NEEDLES 200
PX PEN NEEDLE 200
PYLERA 256
pyrazinamide 70
pyridostigmine bromide 69
pyridostigmine bromide er 69
pyrimethamine 69
PYRUKYND 166
PYRUKYND TAPER PACK 166
QBRELIS 61
QBREXZA 138
qc advanced lancing device 190
qc aspirin low dose 22
qc b50 prolonged release 216
qc b-complex/vitamin c 214
qc childrens aspirin 22
qc daily multivitamins/iron 217
qc essentials 218
qc folic acid 169
qc gentle laxative 177
qc gentle laxative womens 177
QC LANCETS SUPER THIN 30G 190
QC LANCETS ULTRA THIN 190
qc laxative 177
qc magnesium citrate 176
qc milk of magnesia 176
qc natura-lax 175
qc nicotine transdermal system 249
QC PEN NEEDLES 200
QC PRENATAL 222
QC UNIFINE PENTIPS 200
QC UNILET LANCETS 28G 190
QC UNILET LANCETS MICRO THIN 191
QDOLO 25
QINLOCK 82
QUADRACEL 254
QUALAQUIN 69
quazepam 173
QUDEXY XR 39
QUELICIN 228
QUESTRAN 58
QUESTRAN LIGHT 58
quetiapine fumarate 99
quetiapine fumarate er 98, 99
QUFLORA FE 217
QUFLORA FE PEDIATRIC 219
QUFLORA PEDIATRIC 219

quin b strong b-25 ... 216
quinapril hcl ... 61
quinapril-hydrochlorothiazide ... 60
quinidine gluconate er ... 30
quinidine sulfate ... 30
quinine sulfate ... 69
QUINTABS ... 218
QULIPTA ... 203
QUVIVIQ ... 173
QUZYTTIR ... 57
QVAR REDIHALER ... 34, 35
ra aspirin adult low dose ... 22
ra aspirin adult low strength ... 22
ra aspirin childrens ... 22
ra aspirin ec ... 22
ra aspirin ec adult low st ... 22
ra balanced b-100 ... 216
ra balanced b-100 cr ... 216
ra balanced b-50 ... 216
ra balanced b-50 tr ... 216
ra b-complex ... 214
ra b-complex with b-12 ... 214
RA E-ZJECT LANCETS 28G ... 191
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G ... 191
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G ... 191
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN ... 191
ra folic acid ... 169
RA INSULIN SYRINGE ... 200
ra laxative ... 175, 177
ra magnesium citrate ... 176
ra milk of magnesia ... 176
ra mini nicotine ... 249
ra nicotine ... 249
ra nicotine gum ... 249
ra nicotine polacrilex ... 249
RA PEN NEEDLES ... 200
RA PRENATAL ... 222
RA PRENATAL FORMULA ... 222
ra womens laxative ... 177
RABAVERT ... 260
rabeprazole sodium ... 256
RADICAVA ORS ... 227
RADICAVA ORS STARTER KIT ... 227
RADIOGARDASE ... 52
RAGWITEK ... 16
raloxifene hcl ... 150
ramelteon ... 173
ramipril ... 61
ranolazine er ... 29
RAPAMUNE ... 211
RAPIVAB ... 107
rasagiline mesylate ... 95
RASUVO ... 17
RAVICTI ... 151
raya sure pen needle ... 200
RAYALDEE ... 147
react ... 122
READYLANCE SAFETY LANCETS ... 191
REALITY INSULIN SYRINGE ... 200
REALITY LANCETS ... 191
REALITY LATEX CONDOMS ... 180
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED ... 180
REALITY LATEX/ULTRA THIN ... 180
REALITY TRIGGER LANCETS ... 191
REBIF ... 246
REBIF REBIDOSE ... 246
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK ... 246
REBIF TITRATION PACK ... 246
REBINYN ... 163
REBLOZYL ... 168
REBYOTA ... 157
RECARBRIO ... 66
RECLAST ... 144
reclipsen ... 121
RECOMBINATE ... 163
RECOMBIVAX HB ... 261
RECOTHROM ... 171
RECOTHROM SPRAY KIT ... 171
RECTIV ... 28
REGLAN ... 155
REGONOL ... 69
REGRANEX ... 141
RELENZA DISKHALER ... 107
RELION INSULIN SYRINGE ... 200
RELION LANCET DEVICES 30G ... 191
RELION LANCETS ... 191
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G ... 191
RELION LANCETS THIN 26G ... 191
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G ... 191
RELION LANCING DEVICE ... 191
RELION MINI PEN NEEDLES ... 201
RELION PEN NEEDLES ... 201
RELION SHORT PEN NEEDLES ... 201
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G ... 191
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS ... 191
RELISTOR ... 157
RELNATE DHA ... 222
REMERON ... 41
REMERON SOLTAB ... 41
REMESENSE ... 181
REMICADE ... 158
remifentanil hcl ... 25
REMODULIN ... 114
RENACIDIN ... 159
renal vitamin ... 214
rena-vite ... 214
RENOVA ... 130
RENOVA PUMP ... 130
repaglinide ... 48
REPATHA ... 59
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM ... 59
REPATHA SURECLICK ... 59
RESTASIS ... 234
RESTASIS MULTIDOSE ... 234
RESTORIL ... 173
RETACRIT ... 168
RETEVMO ... 83
RETIN-A MICRO ... 129
RETIN-A MICRO PUMP ... 129
RETISERT ... 236
RETROVIR ... 104
REVCOVI ... 143
REVLIMID ... 209
revonto ... 225
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G ... 191
REXTOVY ... 52
REXULTI ... 100
REYATAZ ... 103
REZDIFFRA ... 155
REZIPRES ... 263
REZLIDHIA ... 88
REZUROCK ... 212
REZZAYO ... 55
RHOFADE ... 138
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS ... 241
RHOPHYLAC ... 241
RHOPRESSA ... 235
RIABNI ... 74
RIASTAP ... 163
ribavirin ... 106, 107
RIDAURA ... 18
rifabutin ... 70
RIFADIN ... 70
rifampin ... 70
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT ... 191
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE ... 191
RIGHTEST GL300 LANCETS ... 191
riluzole ... 227
rimantadine hcl ... 106
RIMSO-50 ... 160
ringers ... 205
ringers irrigation ... 210
RINVOQ ... 17
RINVOQ LQ ... 17
RIOMET ... 45
risanoid plus ... 224
risedronate sodium ... 144
risperidone ... 98
risperidone microspheres er ... 98
ritonavir ... 103
RITUXAN ... 74
RITUXAN HYCELA ... 85
rivastigmine ... 244
rivastigmine tartrate ... 244
rivelsa ... 122
RIVFLOZA ... 160
RIXUBIS ... 163
rizatriptan benzoate ... 203, 204
ROBAXIN ... 225
ROBINUL ... 256
ROBINUL-FORTE ... 256
ROCKLATAN ... 234
rocuronium bromide ... 228
roflumilast ... 34

ROLVEDON 169
romidepsin 80
ropinirole hcl 96
ropinirole hcl er 96
ropivacaine hcl 178
rosuvastatin calcium 59
ROTARIX 261
ROTATEQ 261
ROWASA 156
roweepra 39
ROXICODONE 25
ROXYBOND 25
ROZLYTREK 83, 84
RUBRACA 92
RUCONEST 163
rufinamide 39
RUKOBIA 102
RUXIENCE 74
RYANODEX 225
RYBELSUS 48
RYBREVANT 83
RYDAPT 82
RYDEX 128
RYLAZE 85
RYPLAZIM 166
RYSTIGGO 211
RYTARY 95, 96
RYTELO 91
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT 191
SAFETY LANCETS 191
SAFETY LANCETS 21G 191
SAFETY LANCETS 23G 191
SAFETY LANCETS 28G 191
safety pen needles 201
sajazir 163
SALAGEN 214
saline flush 207
SANCUSO 53
SANDOSTATIN 151
SANDOSTATIN LAR DEPOT 151
SANTYL 136
SAPHNELO 212
sapropterin dihydrochloride 150
saps health plus lancets 191
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS 191
SAPS TWIST TOP LANCETS 191
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS 191
SARCLISA 74
SAVELLA 244
SAVELLA TITRATION PACK 244
SAXENDA 13
sb bisacodyl laxative ec 177
sb childrens aspirin 22
sb gentle lax-women 177
SB INSULIN SYRINGE 201
SB LANCETS THIN 191
SB LANCETS ULTRA THIN 191
sb low dose asa ec 22
sb magnesium citrate 176
sb milk of magnesia 176
sb polyethylene glycol 3350 175
SCEMBLIX 77
SCENESSE 137
scopolamine 53
SECUADO 98
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 201
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 201
select-lite device/lancets 191
select-lite lancing device 191
SELECT-OB 222
SELECT-OB+DHA 223
selegiline hcl 95
SELENIOUS ACID 207
selenium sulfide 132
SELZENTRY 102
SE-NATAL 19 222
sensorcaine 178
sensorcaine/epinephrine 177
sensorcaine-mpf 178
sensorcaine-mpf/epinephrine 177
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 177
SEREVENT DISKUS 33
SEROSTIM 146
sertraline hcl 43
setlakin 123
sevelamer carbonate 157
sevelamer hcl 157
SEVENFACT 163
sevoflurane 158
SEZABY 172
sf 213
sf 5000 plus 213
SFROWASA 156
sharobel 124
SHINGRIX 261
SIGNIFOR 151
SIGNIFOR LAR 151
SIKLOS 168
sildenafil citrate 114, 115
silodosin 159
SILVADENE 133
silver sulfadiazine 133
SIMBRINZA 230
simliya 118
simpesse 123
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV 192
SIMPONI ARIA 18
SIMULECT 211
simvastatin 59
SINEMET 96
SINGLE-LET 192
sirolimus 211
SIRTURO 70
SIVEXTRO 68
SKYCLARYS 228
SKYLA 123
SKYRIZI 132, 157
SKYRIZI PEN 132
SKYTROFA 146
SLYND 124
sm aspirin adult low strength 22
sm aspirin ec low strength 22
sm aspirin low dose 22
sm b super vitamin complex 215
sm b100 complex 216
sm balanced b-100 215
sm balanced b-50 215
sm b-complex 216
SM B-COMPLEX/VITAMIN C 215
sm clearlax 175
sm folic acid 169
sm gentle laxative 177
SM LANCETS 33G 192
sm milk of magnesia 176
sm multiple vitamins essential 218
sm multiple vitamins/iron 217
sm nicotine 249
sm nicotine polacrilex 249
SM ONE DAILY PRENATAL 222
SM PRENATAL VITAMINS 222
sm super b complex/c 215
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE 192
sm vitamin b complex/vitamin c 215
SMART DIABETES VANTAGE LANCING 192
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G 192
SMART SENSE STANDARD LANCETS 192
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS 192
SMART SENSE THIN LANCETS 26G 192
SMARTEST LANCETS 28G 192
SMOFLIPID 230
smooth lax 175
sod benz-sod phenylacet 151
SODIUM ACETATE 204
sodium acetate 204
sodium bicarbonate 204
sodium chloride 127, 160, 207
sodium chloride (pf) 207
sodium fluoride 205, 213
sodium fluoride 5000 enamel 213
sodium fluoride 5000 plus 213
sodium fluoride 5000 ppm 213
sodium fluoride 5000 sensitive 213
SODIUM IODIDE I-131 253
SODIUM NITRITE 52
sodium nitroprusside 65
sodium oxybate 243
sodium phenylbutyrate 151
sodium phosphates 206
sodium polystyrene sulfonate 211
sodium tetradecyl sulfate 212
SODIUM THIOSULFATE 52
SOHONOS 226
SOLESTA 209
solifenacin succinate 257
SOLIQUA 48
SOLIRIS 164

SOLOSEC 16
SOLTAMOX 71
SOLU-CORTEF 126
SOLU-MEDROL 126
SOLU-MEDROL (PF) 126
SOLUS V2 LANCETS 28G 192
SOLUS V2 LANCING DEVICE 192
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G 192
SOMATULINE DEPOT 151
SOMAVERT 146
SOOLANTRA 138
sorafenib tosylate 82
SORBITOL 160
SORBITOL-MANNITOL 160
SOTALOL HCL 109
sotalol hcl 109
sotalol hcl (af) 108
SOTRADECOL 212
sotradecol 212
SOTYLIZE 109
SPEVIGO 132
SPIKEVAX 261
spinosad 139
SPIRIVA HANDIHALER 33
SPIRIVA RESPIMAT 33
spironolactone 143
spironolactone-hctz 142
SPORANOX 56
SPRAVATO (56 MG DOSE) 42
SPRAVATO (84 MG DOSE) 42
sprintec 28 121
SPRITAM 39
sps (sodium polystyrene sulf) 211
sronyx 121
ssd 133
st joseph aspirin 22
st joseph low dose 23
STAMARIL 261
STELARA 132, 157
STERILANCE TL 192
sterile water for irrigation 210
STIOLTO RESPIMAT 32
STIVARGA 82
STRAVIX 140
STRENSIQ 147
streptomycin sulfate 16
stress b complex/iron 217
stress formula 218
stress formula (folic acid) 215
stress formula/iron 217
stress formula/zinc/energy 218
stresstabs energy 218
STRIBILD 102
STRIVERDI RESPIMAT 33
STROMECTOL 28
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 86
SUBLOCADE 26
subvenite 39
subvenite starter kit-blue 39
subvenite starter kit-green 39
subvenite starter kit-orange 40
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE 228
SUCRAID 141
sucralfate 255
SUFENTANIL CITRATE 25
SULAR 111
sulconazole nitrate 136
sulfacetamide sodium 236
sulfacetamide sodium (acne) 129
sulfacetamide-prednisolone 235
sulfadiazine 252
sulfamethoxazole-trimethoprim 65
SULFAMYLON 133
sulfasalazine 156
sulfatrim pediatric 65
sulindac 20
sumatriptan 204
sumatriptan succinate 204
sumatriptan succinate refill 204
sunitinib malate 82
SUNLENCA 102
SUNOSI 14
SUPARTZ FX 226
super b complex/fa/vit c 215
super b complex/vitamin c 215
super b-complex 216
super b-complex + vitamin c 215
super b-complex/vit c/fa 215
super dec b-100 216
super quints b-50 216
SUPER THIN LANCETS 192
SUPPRELIN LA 148
SUPRANE 158
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 201
SURE COMFORT LANCETS 18G 192
SURE COMFORT LANCETS 21G 192
SURE COMFORT LANCETS 23G 192
SURE COMFORT LANCETS 28G 192
SURE COMFORT LANCETS 30G 192
sure comfort lancing pen 192
SURE COMFORT PEN NEEDLES 201
sure comfort pen needles 201
surebiotic probiotic support 50
SURELITE LANCETS 192
SURGICEL FIBRILLAR 171
SURGICEL NU-KNIT 171
SURGICEL SNOW 1"X2" 171
SURGICEL SNOW 2"X4" 171
SURGICEL SNOW 4"X4" 171
SUSTOL 53
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) 238
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) 238
SUTENT 82
syeda 121
SYFOVRE 233
SYLVANT 210
SYMBYAX 250
SYMDEKO 251
SYMLINPEN 120 45
SYMLINPEN 60 45
SYMPAZAN 37
SYMPROIC 157
SYMTUZA 102
SYNAGIS 240
SYNAREL 148
SYNDROS 54
SYNJARDY 49
SYNJARDY XR 49
SYNOJOYNT 226
SYNVISC 226
SYNVISC ONE 226
SYRINGE AVITENE 171
tab-a-vite 218
tab-a-vite/beta carotene 218
tab-a-vite/iron 217
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 217
TABLOID 73
TABRECTA 81
TACHOSIL 171
TACLONEX 140
tacrolimus 137, 211
tadalafil 115
tadalafil (pah) 115
TADLIQ 115
TAFINLAR 78
tafluprost (pf) 237
TAGRISSO 79
take action 122
TAKHZYRO 165
TALICIA 257
TALVEY 77
TALZENNA 92
TAMIFLU 107
tamoxifen citrate 71
tamsulosin hcl 159
taperdex 12-day 126
taperdex 6-day 126
taperdex 7-day 126
TARGRETIN 140
tarina 24 fe 121
tarina fe 1/20 eq 121
TARON-C DHA 222
TARPEYO 126
TASIGNA 77
tasimelteon 173
TASMAR 95
tavaborole 138
TAVALISSE 166
TAVNEOS 164
taysofy 121
tazarotene 132
tazicef 117
TAZICEF 117
TAZORAC 132
TAZVERIK 81
TDVAX 254
TECENTRIQ 76
TECENTRIQ HYBREZA 85
TECHLITE AST LANCETS 192
TECHLITE INSULIN SYRINGE 201
TECHLITE LANCETS 192
TECHLITE LANCETS 26G 192
TECHLITE PEN NEEDLES 201
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 201
TECVAYLI 77
TEFLARO 117
TEGLUTIK 227

telmisartan ... 63
telmisartan-amlodipine ... 62
telmisartan-hctz ... 62
temazepam ... 173
TEMBEXA ... 106
TEMODAR ... 88
temozolomide ... 88
temsirolimus ... 81
tencon ... 21
TENIVAC ... 254
tenofovir disoproxil fumarate ... 104
TENORETIC 100 ... 64
TENORETIC 50 ... 64
TEPADINA ... 70
TEPEZZA ... 147
TEPMETKO ... 81
terazosin hcl ... 64
terbinafine hcl ... 55
terbutaline sulfate ... 33
terconazole ... 261
teriflunomide ... 245
teriparatide ... 149
TERIPARATIDE ... 149
TERLIVAZ ... 152
terrell ... 158
TESTOPEL ... 27
testosterone ... 27
testosterone cypionate ... 27
testosterone enanthate ... 27
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD ... 254
tetrabenazine ... 244, 245
tetracaine hcl ... 234
tetracycline hcl ... 253
TEVIMBRA ... 76
TEZSPIRE ... 35
TGT LANCET MICRO THIN 33G ... 192
TGT LANCET THIN 26G ... 192
TGT LANCET ULTRA THIN 30G ... 192
tgt lancing device ... 192
THALITONE ... 143
THALOMID ... 208
THAM ... 204
THE LIQUILIFT TRACE ... 207
THEO-24 ... 35
theophylline ... 35
theophylline er ... 35
THERA ... 218
thera-tabs ... 218
THEREMS ... 218
thiamine hcl ... 263
thioridazine hcl ... 100
thiotepa ... 70
thiothixene ... 101
thrive ... 249
THRIVITE RX ... 222
THROMBATE III ... 166
THROMBI-GEL 10 ... 170
THROMBI-GEL 100 ... 170
THROMBI-GEL 40 ... 170
THROMBIN-JMI ... 172
THROMBIN-JMI EPISTAXIS ... 172
THROMBI-PAD ... 170
THROMBOGEN ... 172
THYMOGLOBULIN ... 209
THYQUIDITY ... 253
tiadylt er ... 111
tiagabine hcl ... 40
TIAZAC ... 111
TIBSOVO ... 88
TICE BCG ... 86
TICOVAC ... 261
TIGAN ... 53
TIGECYCLINE ... 252
tilia fe ... 124
timolol maleate ... 109, 231
timolol maleate (once-daily) ... 231
timolol maleate ocudose ... 231
timolol maleate pf ... 231
TIMOPTIC OCUDOSE ... 231
tinidazole ... 65
tiopronin ... 160
tirofiban hcl in nacl ... 165
TIROSINT-SOL ... 253
TISSEEL ... 170
TISSUEBLUE ... 237
tis-u-sol ... 210
TIVDAK ... 76
TIVICAY ... 103
TIVICAY PD ... 103
tizanidine hcl ... 225
tm-daily vite ... 218
TNKASE ... 167
TOBI PODHALER ... 16
TOBRADEX ... 235
tobramycin ... 16, 232
tobramycin sulfate ... 16, 17
tobramycin-dexamethasone ... 235
TOBREX ... 232
TODAY SPONGE ... 261
todays health lancing device ... 192
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES ... 201
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE ... 201
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G ... 192
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G ... 192
TOLAK ... 131
tolcapone ... 95
tolmetin sodium ... 20
TOLSURA ... 56
tolterodine tartrate ... 257
tolterodine tartrate er ... 257
tolvaptan ... 150
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES ... 201
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G ... 192
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR ... 201
topiramate ... 40
topiramate er ... 40
TOPOTECAN HCL ... 93
topotecan hcl ... 93
toremifene citrate ... 71
TORISEL ... 81
Torpenz ... 81
torsemide ... 142
TOTALVISC ... 237
TOUJEO MAX SOLOSTAR ... 47
TOUJEO SOLOSTAR ... 47
tovet ... 135
TPN ELECTROLYTES ... 205
TPOXX ... 106
TRACLEER ... 114
TRALEMENT ... 207
TRAMADOL HCL ... 25
tramadol hcl ... 25, 26
tramadol hcl (er biphasic) ... 25
tramadol hcl er ... 25
tramadol-acetaminophen ... 27
trandolapril ... 61
trandolapril-verapamil hcl er ... 60
tranexamic acid ... 171
TRANEXAMIC ACID-NACL ... 171
tranylcypromine sulfate ... 42
TRAVASOL ... 229
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G ... 192
travoprost (bak free) ... 237
TRAZIMERA ... 75
trazodone hcl ... 43
TREANDA ... 71
TRECATOR ... 70
TRELEGY ELLIPTA ... 32
TRELSTAR MIXJECT ... 90
TREMFYA ... 132
treprostinil ... 114
TRESIBA ... 48
TRESIBA FLEXTOUCH ... 47, 48
tretinoin ... 92, 129
tretinoin microsphere ... 129
tretinoin microsphere pump ... 129
TRETTEN ... 163
TREXALL ... 73
trezix ... 23
triamcinolone acetonide ... 135, 214
triamcinolone in absorbase ... 135
triamterene ... 143
triamterene-hctz ... 142
triazolam ... 173
TRICARE ... 222
TRICOR ... 58
Tridacaine Ii ... 137
Tridacaine Iii ... 137
triderm ... 135
trientine hcl ... 208
TRIESENCE ... 236
tri-estarylla ... 124
trifluoperazine hcl ... 100
trifluridine ... 233
trihexyphenidyl hcl ... 94
TRIJARDY XR ... 49
TRIKAFTA ... 251
tri-legest fe ... 124
tri-linyah ... 124
tri-lo-estarylla ... 124

tri-lo-marzia ... 124
tri-lo-mili ... 124
tri-lo-sprintec ... 124
TRI-LUMA ... 135
TRILURON ... 226
trimethobenzamide hcl ... 53
TRIMETHOPRIM ... 65
tri-mili ... 124
trimipramine maleate ... 45
TRINATAL RX 1 ... 222
trinate ... 222
TRINTELLIX ... 43
TRIPTODUR ... 148
TRISENOX ... 86
tri-sprintec ... 124
TRISTART DHA ... 223
TRIUMEQ ... 102
TRIUMEQ PD ... 102
TRI-VI-FLOR ... 219
TRI-VI-FLORO ... 219
tri-vite/fluoride ... 219
trivora (28) ... 124
tri-vylibra ... 124
tri-vylibra lo ... 124
TRODELVY ... 93
TROGARZO ... 102
TROJAN ENZ ... 180
TROJAN MAGNUM ... 180
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED ... 180
TROJAN ULTRA THIN ... 180
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL ... 180
TROJAN-ENZ LUBRICATED ... 180
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL ... 180
TROPHAMINE ... 230
tropicamide ... 231
trospium chloride ... 257
trospium chloride er ... 257
true comfort insulin syringe ... 201
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE ... 201
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 201
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR ... 201
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES ... 201
true comfort safety lancets ... 193
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS ... 193
true cover ... 180
true daily vite ... 218
true folic acid ... 169
true laxative ... 175
true multivitamin ... 218
TRUEDRAW LANCING DEVICE .. 193
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES ... 201
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ... 201
TRUEPLUS LANCETS 26G ... 193
TRUEPLUS LANCETS 28G ... 193
TRUEPLUS LANCETS 30G ... 193
TRUEPLUS LANCETS 33G ... 193
TRUEPLUS PEN NEEDLES ... 201
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G ... 193
TRULANCE ... 154
TRULICITY ... 48
TRUMENBA ... 258
TRUQAP ... 73
TRUSKIN ... 140
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE ... 180
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED ... 180
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST ... 180
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL . 180
TRUSTEX LUBRICATED ... 180
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE ... 181
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST ... 181
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE ... 181
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE ... 181
TRUSTEX NON-LUBRICATED ... 181
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ... 181
TRUSTEX RIA LUBRICATED ... 181
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED ... 181
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD ... 181
TRUXIMA ... 74
TUKYSA ... 75
TURALIO ... 82
TURPENTINE ... 137
Turqoz ... 121
TUSNEL C ... 127
TUXARIN ER ... 128
TWINRIX ... 259
TWIRLA ... 121
twist top lancets 30g ... 193
TYBOST ... 104
tydemy ... 121
TYGACIL ... 252
TYPHIM VI ... 258
TYSABRI ... 246
TYVASO ... 114
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT ... 114
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT ... 114
TYVASO DPI TITRATION KIT ... 114
TYVASO REFILL KIT ... 114
TYVASO STARTER KIT ... 114
TZIELD ... 45
UBRELVY ... 203
UCERIS ... 126
UDENYCA ... 169
UDENYCA ONBODY ... 169
ULTANE ... 158
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR ... 201
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT ... 201
ULTICARE INSULIN SYRINGE ... 201
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES ... 201
ULTICARE MINI PEN NEEDLES . 202
ULTICARE PEN NEEDLES ... 202
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES ... 202
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE ... 202
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE ... 202
ULTI-LANCE AUTOMATIC ... 193
ULTILET CLASSIC LANCETS ... 193
ULTILET LANCETS ... 193
ULTILET PEN NEEDLE ... 202
ULTILET SAFETY LANCETS ... 193
ULTILET SAFETY LANCETS 23G 193
ULTIVA ... 26
ULTOMIRIS ... 164
ultra b-100 complex ... 224
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE ... 202
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES ... 202
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT ... 202
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE .. 202
ULTRA THIN LANCETS 31G ... 193
ULTRA THIN PEN NEEDLES ... 202
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 202
ULTRA-CARE LANCETS 30G ... 193
ULTRACARE PEN NEEDLES ... 202
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM ... 172
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM ... 172
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM ... 172
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM ... 172
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM ... 172
ULTRA-THIN II AUTO LANCET .. 193
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT . 202
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE ... 202
ULTRA-THIN II LANCETS ... 193
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE ... 202
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT ... 202
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES ... 202
UNASYN ... 242
UNIFINE PENTIPS ... 202
UNIFINE PENTIPS PLUS ... 202
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE ... 202
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE ... 202
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE ... 202

UNILET COMFORTOUCH LANCET 193
UNILET EXCELITE 193
UNILET EXCELITE II 193
UNILET G.P. LANCET 193
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET 193
UNILET GP 28 ULTRA THIN 193
UNILET LANCET 193
UNILET MICRO-THIN 33G 193
UNILET SUPERLITE LANCET 193
UNILET SUPER-THIN 30G 193
UNILET ULTRA-THIN 28G 193
UNISTIK 1 193
UNISTIK 2 193
UNISTIK 2 COMFORT 193
UNISTIK 2 EXTRA 193
UNISTIK 2 NEONATAL 193
UNISTIK 2 NORMAL 194
UNISTIK 2 SUPER 194
UNISTIK 3 194
UNISTIK 3 COMFORT 194
UNISTIK 3 EXTRA 194
UNISTIK 3 GENTLE 194
UNISTIK 3 NEONATAL 194
UNISTIK 3 NORMAL 194
UNISTIK CZT COMFORT 194
UNISTIK CZT NORMAL 194
UNISTIK NORMAL 194
UNISTIK PRO SAFETY LANCET 194
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G 194
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G 194
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G 194
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G 194
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G 194
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G 194
unithroid 253
UNITUXIN 75
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G 194
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G 194
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN 194
UPLIZNA 211
UPNEEQ 237
UPTRAVI 115
UPTRAVI TITRATION 115
UROCIT-K 10 159
UROCIT-K 15 159
URSO FORTE 154
ursodiol 154
UVADEX 86
VABOMERE 66
VABYSMO 232
valacyclovir hcl 106
VALCHLOR 131
VALCYTE 105
valganciclovir hcl 105
valproate sodium 41
valproic acid 41
valrubicin 85
valsartan 63
valsartan-hydrochlorothiazide 62
VALSTAR 85
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 202
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G 194
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN 194
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G 194
value plus lancing device 194
VANCOCIN 66
VANCOMYCIN HCL 67
vancomycin hcl 67
vancomycin hcl in dextrose 66
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE 66
VANCOMYCIN HCL IN NACL 66, 67
VANDAZOLE 262
VANFLYTA 83
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 202
VAQTA 261
vardenafil hcl 115
varenicline tartrate 250
varenicline tartrate (starter) 250
varenicline tartrate(continue) 250
VARITHENA 212
VARIVAX 261
VARIZIG 241
VARUBI (180 MG DOSE) 54
VASCEPA 57
VASERETIC 60
vasopressin 152
vasopressin +rfid 152
vasopressin-sodium chloride 152
VASOSTRICT 152
VAXCHORA 258
VAXELIS 254
VAXNEUVANCE 258
VAZCULEP 263
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 261
VECAMYL 64
VECTIBIX 79
vecuronium bromide 228
VELCADE 83
VELETRI 114
velivet 124
VELPHORO 158
VELTASSA 211, 212
VEMLIDY 105
VENCLEXTA 76
VENCLEXTA STARTING PACK 76
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY 140
venlafaxine hcl 44
venlafaxine hcl er 44
VENOFER 170
VENTAVIS 114
VEOPOZ 164
VEOZAH 149
verapamil hcl 112
verapamil hcl er 111, 112
VEREGEN 129
VERELAN 112
VERELAN PM 112
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 202
VERIFINE INSULIN SYRINGE 202, 203
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 203
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G 194
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G 194
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G 194
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G 194
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G 194
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G 194
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G 194
VERKAZIA 234
VERQUVO 115
VERSACLOZ 98
VERZENIO 87
vestura 121
VFEND 56
VIBATIV 67
VIBERZI 155
VIDAZA 73
vienva 121
vigabatrin 40
vigadrone 40
Vigadrone 40
VIGAFYDE 40
VIGAMOX 232
Vigpoder 40
VIJOICE 211
vilazodone hcl 43
VILTEPSO 228
VIMIZIM 148
VINATE DHA RF 222
vinblastine sulfate 90
vincristine sulfate 90
vinorelbine tartrate 90
VIOKACE 141
viorele 118
VIRACEPT 103
VIRAZOLE 107
VIREAD 104
VISCOAT 236
VISIONBLUE 237
VISTOGARD 52
VISUDYNE 235
vit e-vit c-beta carotene 218
VITAFOL FE+ 223
VITAFOL GUMMIES 222

VITAFOL ULTRA 223
VITAFOL-OB 222
VITAFOL-OB+DHA 224
VITAFOL-ONE 224
vitalee 218
VITALIPID N INFANT 219
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 224
vitamin b complex 214
vitamin b complex w/b-12 214
vitamin d (ergocalciferol) 263
vitamin k1 264
vitamin-b complex 214
VITAPEARL 222
VITATHELY WITH GINGER 222
VITATRUE 224
VITLIPID N ADULT 218
VITLIPID N INFANT 220
VITRAKVI 84
VIVA DHA 222
VIVAGUARD LANCETS 194
VIVAGUARD LANCETS 30G 194
VIVAGUARD LANCING DEVICE 195
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G 195
vivimusta 71
VIVITROL 52
VIVJOA 55
VIVOTIF 258
VIZIMPRO 79
volnea 118
VONJO 89
VONVENDI 163
VORANIGO 88
VORAXAZE 87
voriconazole 56
VOSEVI 106
VOWST 157
VOXZOGO 149
VOYDEYA 164
VP INSULIN SYRINGE 203
VPRIV 167
VRAYLAR 97
VUMERITY 246
VUSION 130
vyfemla 121
VYLEESI 244
vylibra 121
VYLOY 75
VYNDAMAX 115
VYNDAQEL 115
VYONDYS 53 228
VYVGART 211
VYVGART HYTRULO 209
VYXEOS 85
WAINUA 243
WAKIX 14
WALGREENS LANCETS 195
WALGREENS LANCETS MICRO THIN 195
WALGREENS LANCETS SUPER THIN 195
WALGREENS THIN LANCETS 195
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS 195
warfarin sodium 35
water for irrigation, sterile 210
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 203
WEGOVY 13
WELIREG 80
WELLBUTRIN XL 42
wera 121
wesnatal dha complete 223
wes-phos 250 neutral 206
WESTAB PLUS 223
WESTGEL DHA 224
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 181
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 181
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 181
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 181
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 181
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 181
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 181
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 181
WILATE 163
WINLEVI 129
WINREVAIR 114
WINRHO SDF 241
wixela inhub 32
womans laxative 177
womens laxative 177
wymzya fe 121
XACDURO 65
XACIATO 262
XADAGO 95
XALKORI 73
XARACOLL 178
XARELTO 35
XARELTO STARTER PACK 36
XATMEP 73
XCOPRI 40
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 40
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 40
XDEMVY 233
XELJANZ 17
XELJANZ XR 17
XEMBIFY 241
XENPOZYME 143
XEOMIN 228
XERAVA 252
XERESE 132
XERMELO 158
XGEVA 150
XHANCE 227
XIAFLEX 209
XIFAXAN 65
XIGDUO XR 49
XIIDRA 231
XIPERE 236
xirun 136
XOFIGO 86
XOFLUZA (40 MG DOSE) 107
XOFLUZA (80 MG DOSE) 107
XOLAIR 32
XOLREMDI 168
XOSPATA 83
XPHOZAH 145
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 84
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 84
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 84
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 84
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 84
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 84
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 84
XTANDI 71
xulane 121
XULTOPHY 48
XURIDEN 146
XYLOCAINE 178
XYLOCAINE/EPINEPHRINE 177
XYLOCAINE-MPF 178
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE 177
XYNTHA 163
XYNTHA SOLOFUSE 163
XYOSTED 27
XYREM 243
XYWAV 243
Yargesa 167
YCANTH 137
YERVOY 75
YF-VAX 261
yl balanced b-100 216
yl folic acid 169
YONDELIS 93
YONSA 71
YOSPRALA 166
YUPELRI 33
YUTIQ 236
yuvafem 262
zafemy 121
zafirlukast 34
zaleplon 173
ZALTRAP 94
ZALVIT 223
ZANAFLEX 225
ZANOSAR 91
ZARXIO 169
ZEGALOGUE 46
ZEJULA 92
ZELAPAR 95
ZELBORAF 78
ZEMAIRA 251
ZEMDRI 17
ZEMPLAR 147
zenatane 129
ZENPEP 141
zenzedi 13
ZEPBOUND 13
ZEPOSIA 250
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK 250
ZEPOSIA STARTER KIT 250
ZEPZELCA 71
ZERBAXA 116

ZESTORETIC 60
ZEVALIN Y-90 85
ZEVRX INSULIN SYRINGE 203
ZEVRX PEN NEEDLES 203
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G 195
zidovudine 104
ZIIHERA 75
ZILBRYSQ 164
ZILRETTA 126
ZILXI 138
ZIMHI 52
zinc chloride 207
zinc sulfate 207
ZINPLAVA 240
ZIOPTAN 237
ZIPHEX 223
ziprasidone hcl 97
ziprasidone mesylate 97
ZIRGAN 233
ZITHROMAX 178
ZITHROMAX TRI-PAK 178
ZITHROMAX Z-PAK 178
ZOKINVY 209
ZOLADEX 90
zoledronic acid 144
ZOLEDRONIC ACID 144
ZOLINZA 80
zolmitriptan 204
zolpidem tartrate 173
zolpidem tartrate er 173
zonisamide 40
ZONTIVITY 166
ZORTRESS 211
ZORYVE 132
ZOSYN 242
zovia 1/35 (28) 121
ZOVIRAX 133
ZTALMY 40
ZTLIDO 137
ZUBSOLV 27
ZULRESSO 42
zumandimine 121
ZURZUVAE 42
ZYCLARA 137
ZYCLARA PUMP 137
ZYDELIG 92
ZYKADIA 73
ZYLET 235
ZYNLONTA 74
ZYNYZ 76
ZYPREXA RELPREVV 101
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.