



Lista Nacional 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.

Solution PPO 1500/15/20	\$5/\$15/\$50/\$65/30% to \$250 after deductible
Solution PPO 2000/20/20	\$5/\$20/\$30/\$50/30% to \$250
Solution PPO 2500/25/20	\$5/\$20/\$40/\$60/30% to \$250
Solution PPO 3500/30/30	\$5/\$20/\$40/\$60/30% to \$250 Rx ded \$150
Solution PPO 4500/30/30	\$5/\$20/\$40/\$75/30% to \$250
Solution PPO 5500/30/30	\$5/\$20/\$40/\$75/30% to \$250 Rx ded \$250
\$5/\$15/\$25/\$45/30% to \$250	\$5/\$20/\$50/\$65/30% to \$250 Rx ded \$500
\$5/\$15/\$30/\$50/30% to \$250	\$5/\$20/\$50/\$70/30% to \$250
\$5/\$15/\$40/\$60/30% to \$250	\$5/\$20/\$50/\$70/30% to \$250 after deductible

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 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
ALTERNATIVE MEDICINES - VITAMINS AND MINERALS	16
AMEBICIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	17
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	17
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	17
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	21
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	23
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES	27
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS	28
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS	28
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART	29
ANTIANGIOTENSIN 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
ANTICONSULSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	37
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	41
ANTIDIABETICS - HORMONES	45
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH	50
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING	50
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH	52
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS	54
ANTIHIISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS	56
ANTIHYPERLIPIDEMICS - DRUGS FOR THE HEART	57
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART	59
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS	64
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS	67
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	68
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS	68
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER	69
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	90
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	92
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS	97
ANTIVIRALS - DRUGS FOR INFECTIONS	97
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	103
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART	105
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART	108
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART	108
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS	111
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN	113
CORTICOSTEROIDS - HORMONES	120
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS	122
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN	124
DIAGNOSTIC PRODUCTS	136
DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS - DRUGS FOR NUTRITION	137
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH	137
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART	137
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES	139
ESTROGENS - HORMONES	147
FLUOROQUINOLONES - DRUGS FOR INFECTIONS	149
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH	149
GENERAL ANESTHETICS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	153
GENTOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	153
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	155
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD	156
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION	161

HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD	164
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	166
LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH	168
LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL - DRUGS FOR PAIN AND FEVER	171
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	173
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT	174
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	194
MINERALS & ELECTROLYTES - DRUGS FOR NUTRITION	195
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS	199
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT	204
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	206
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES	216
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE	218
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES	219
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION	220
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE	222
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR	230
OXYTOCICS - HORMONES	231
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS	231
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS	233
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS	234
PROGESTINS - HORMONES	234
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM	234
RESPIRATORY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE LUNGS	242
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS	243
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS	243
THYROID AGENTS - HORMONES	244
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS	245
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH	246
URINARY ANTISPASMODICS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM	248
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS	249
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN	252
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART	254
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION	255



Lista Nacional de Medicamentos – Sección Informativa

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

"**Quimioterapia oral (OC)**" A pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares (\$ 250) por una receta individual de hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Preguntas frecuentes

¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos por mis beneficios?

Esta es una lista completa de todos los medicamentos en la lista de medicamentos. Sin embargo, es posible que un medicamento (s) en esta lista no esté cubierto, dependiendo del diseño de su plan.

Su beneficio de farmacia cubre medicamentos recetados, incluidos los medicamentos especializados, que pueden administrarse como parte de una visita al médico, una visita de atención domiciliar 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?

- Un medicamento se enumera alfabéticamente por su nombre de marca y nombres **genéricos** en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece;
- El nombre **genérico** de un medicamento con nombre de marca se incluye después del nombre de la marca entre paréntesis y todas las letras **minúsculas en negrita y cursiva**;

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

- Si un equivalente genérico para un medicamento con nombre de marca está disponible y cubierto, el medicamento **genérico** se enumerará por separado del medicamento con nombre de marca en todas las **letras minúsculas en negrita y cursiva**; y

AMINOPENICILLIN ANTIBIOTIC - ANTIBIOTICS
<i>amoxicillin oral capsule</i>

- Si un medicamento genérico se comercializa bajo un nombre de marca patentado y protegido por una marca registrada, el nombre de la marca se enumerará después del nombre **genérico** entre paréntesis y tipo de letra regular con la primera letra de cada palabra en mayúscula.

<i>levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia 28 Oral Tablet)</i>

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](https://www.anthem.com/ca) y elegir Prescription Benefits o llamando al 833-203-1739. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en la lista?

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

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

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

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

1. Envíe una solicitud de PA electrónica yendo a <https://www.covermymeds.com/main/partners/anthem>.
2. Inicie sesión en [anthem.com/ca](https://www.anthem.com/ca) y elija **Farmacia**.
 - o Vaya a **Recursos de farmacia** y busque su medicamento en su lista de medicamentos.
 - o Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
 - o Desplácese hacia abajo hasta **Definición de restricciones** y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
 - o 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 medicamento 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 medicamento 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 (\$ 250) 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 medicamento apropiado. Tomar menos dosis puede reducir sus costos; Una sola dosis más alta de un medicamento tomada una vez al día puede costar menos que una dosis más baja tomada dos veces al día.
- Los límites de cantidad imponen un límite en la cantidad en una receta y con qué frecuencia se puede volver a surtir.
 - Si una solicitud de resurtido se envía demasiado pronto o el médico prescribe una cantidad que es más alta de lo permitido, el medicamento no estará cubierto en ese momento.
 - Si hay razones médicas para recetar el medicamento como se dosificó originalmente, el médico puede solicitar una revisión por parte de nuestro Centro de Autorización Previa.

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

¿Cómo inicia mi médico el proceso de autorización previa?

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

1. Envíe una solicitud de PA electrónica yendo a <https://www.covermymeds.com/main/partners/anthem>.

2. Inicie sesión en anthem.com/ca y elija Farmacia.

- Vaya a Recursos de farmacia y busque su medicamento en su lista de medicamentos.
- Elija la concentración y la forma correctas del medicamento.
- Desplácese hacia abajo hasta Definición de restricciones y busque el formulario de fax correspondiente en la tabla.
- Su médico completa el formulario y lo envía por fax a Anthem al 844-474-3347.

3. Llame al número de Servicios para Miembros de Pharmacy que figura en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.



¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?

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

Algunas notas más sobre el proceso de excepción:

- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de una solicitud no urgente y las 24 horas posteriores a la recepción de una solicitud basada en circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podemos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.
- No se preocupe, si ha cambiado de póliza, no le pediremos que repita una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya se esté utilizando para tratar una afección médica, siempre que el medicamento aún se recete adecuadamente y se considere seguro y eficaz.

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

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

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

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.

OC = quimioterapia oral. Estos medicamentos después del deducible no excederán los \$250 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 11/1/2024

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		
<i>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA
*ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>atomoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
*AMPHETAMINE MIXTURES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>amphet-dextroamphet 3-bead er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
*AMPHETAMINES*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>amphetamine sulfate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>amphetamine sulfate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral capsule 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>procentra oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG (<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 10 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>zenzedi oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ANALEPTICS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>caffeine citrate intravenous solution</i>	3	
<i>caffeine citrate oral solution</i>	1 or 1b*	
DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>doxapram hcl</i>)	3	
*ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ADIPEX-P ORAL TABLET (<i>phentermine hcl</i>)	3	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
<i>benzphetamine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diethylpropion hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
LOMAIRA ORAL TABLET (<i>phentermine hcl</i>)	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)
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (6 tablets per 1 day)
<i>phentermine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
<i>phentermine hcl oral tablet</i>	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 (<i>tirzepatide-weight management</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide - weight management</i>)	3	PA; BE; QL (3 mg per 1 day)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>semaglutide-weight management</i>)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
*DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRI)*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG (<i>solriamfetol hcl</i>)	3	PA; DO
*HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (<i>pitolisant hcl</i>)	5	PA; LD; DO; SP
*LIPASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>orlistat oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)
*MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>setmelanotide acetate</i>)	5	PA; BE; QL (9 vials per 30 days)
*STIMULANTS - MISC.*** - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 35 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl er oral capsule extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg</i>	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)
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 patch per 1 day)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC - BIOLOGICAL AGENTS		
*ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>timothy grass pollen allergen</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (<i>peanut powder-dnfp</i>)	5	PA; QL (1 kit per 1 fill)
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>short ragweed pollen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*MIXED ALLERGENIC EXTRACTS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>dust mite mixed allergen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>grass mix pollens allergen ext</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ALTERNATIVE MEDICINES - VITAMINS AND MINERALS		
*ALTERNATIVE MEDICINE - AL'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>aloe vera leaf juice oral liquid</i>	1 or 1b*	
*ALTERNATIVE MEDICINE - BO'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>boswellia oral tablet</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - CH'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>vitex fruit oral capsule</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - GO'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>goldenseal root oral capsule 333 mg</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - GR'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>grape seed oral capsule 100 mg</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE - LA'S** - VITAMINS AND MINERALS		
CALMAID ORAL CAPSULE (<i>lavender oil</i>)	1 or 1b*	
*ALTERNATIVE MEDICINE - MA'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>maca root oral capsule</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ALTERNATIVE MEDICINE - ME'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>ft melatonin extra strength oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
MAX SLEEP JUNIOR ORAL LIQUID (<i>melatonin</i>)	1 or 1b*	
*ALTERNATIVE MEDICINE - SA'S*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>saw palmetto berries oral capsule 585 mg</i>	2	
*ALTERNATIVE MEDICINE COMBINATIONS - THREE INGREDIENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>gnp cranberry plus prob w/vitc oral tablet</i>	2	
AMEBICIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMEBICIDES*** - DRUGS FOR PARASITES		
SOLOSEC ORAL PACKET (<i>secnidazole</i>)	3	PA; QL (2 grams per 1 fill)
AMINOGLYCOSIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOGLYCOSIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>amikacin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION (<i>amikacin sulfate liposome</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>tobramycin</i>)	5	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
<i>gentamicin in saline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>gentamicin sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE (<i>paromomycin sulfate</i>)	3	PA
<i>neomycin sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (<i>tobramycin</i>)	5	LD; QL (224 capsules per 28 days); SP
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml</i>	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml</i>	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml</i>	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
<i>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plazomicin sulfate</i>)	3	
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (<i>upadacitinib</i>)	4	PA; QL (12 mL per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (<i>upadacitinib</i>)	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (<i>upadacitinib</i>)	4	PA; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (<i>tofacitinib citrate</i>)	5	PA; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (<i>tofacitinib citrate</i>)	5	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tofacitinib citrate</i>)	5	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
*ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	5	PA; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>methotrexate (anti-rheumatic)</i>)	4	PA; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
*ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit</i>	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days)
<i>adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit</i>	4	PA; QL (2 syringes per 28 days)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; QL (1 month per 6 one-time fills)
<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml</i>	4	PA; QL (1 month per 6 one-time fills)
<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	4	PA; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (<i>adalimumab</i>)	4	PA; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapy)); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>adalimumab</i>)	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (<i>adalimumab</i>)	4	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golimumab</i>)	4	PA; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>golimumab</i>)	4	PA; QL (1 pen per 28 days); SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>golimumab</i>)	4	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
*GOLD COMPOUNDS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
RIDAURA ORAL CAPSULE (<i>auranofin</i>)	2	QL (3 capsules per 1 day)
*INTERLEUKIN-1 BLOCKERS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rilonacept</i>)	5	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
*INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>canakinumab</i>)	5	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen-acetaminophen</i>)	3	
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (NSAIDS)*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ANAPROX DS ORAL TABLET (<i>naproxen sodium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen</i>)	3	
DAYPRO ORAL TABLET (<i>oxaprozin</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>etodolac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
FLANAX ORAL TABLET (<i>naproxen sodium</i>)	1 or 1b*	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>flurbiprofen oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ibu oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>ibuprofen lysine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>ibuprofen oral suspension</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>indomethacin er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>indomethacin oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>indomethacin sodium intravenous solution reconstituted</i>	3	
<i>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</i>	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)
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (20 tablets per 30 days)
LODINE ORAL TABLET (<i>etodolac</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>meclofenamate sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mefenamic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (29 capsule per 1 fill)
<i>meloxicam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>nabumetone oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen dr oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>naproxen oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibuprofen lysine</i>)	3	
<i>oxaprozin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>piroxicam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>sulindac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tolmetin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
OTEZLA ORAL TABLET (<i>apremilast</i>)	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (<i>apremilast</i>)	4	PA; QL (1 pack per 365 days); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (<i>apremilast</i>)	4	PA; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ARAVA ORAL TABLET (<i>leflunomide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>leflunomide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>etanercept</i>)	4	PA; QL (4 cartridge per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>etanercept</i>)	4	PA; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (<i>etanercept</i>)	4	PA; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (<i>etanercept</i>)	4	PA; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>etanercept</i>)	4	PA; QL (4 pens per 28 days); SP
ANALGESICS - NONNARCOTIC - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANALGESICS OTHER*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*ANALGESICS-SEDATIVES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>bac oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-acetaminophen oral tablet 50-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral capsule 50-300-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caffeine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tencon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*SALICYLATES*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>aspirin 81 oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin 81 oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin childrens oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin low dose oral tablet chewable</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bayer low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs aspirin low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>diflunisal oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ecotrin low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eq aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>h-e-b aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kls aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mm aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin adult low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin adult low strength oral tablet chewable</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ra aspirin childrens oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb low dose asa ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm childrens aspirin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph aspirin oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>st joseph low dose oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
ANALGESICS - OPIOID - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*CODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	1 or 1a*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</i>	1 or 1a*	AL; QL (6 tablet per 1 day)
<i>ascomp-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsules per 1 day)
<i>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
<i>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 capsule per 1 day)
*DIHYDROCODEINE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>apap-caff-dihydrocodeine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>trezix oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
*HYDROCODONE COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet</i>	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)
<i>codeine sulfate oral tablet 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
DEMEROL INJECTION SOLUTION (<i>meperidine hcl</i>)	3	
DILAUDID INJECTION SOLUTION (<i>hydromorphone hcl</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DILAUDID ORAL LIQUID (<i>hydromorphone hcl</i>)	3	QL (24 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL TABLET (<i>hydromorphone hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>sufentanil citrate</i>)	3	
<i>duramorph injection solution</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml</i>	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 lozenge per 1 day)
<i>fentanyl citrate buccal tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml</i>	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml</i>	3	
<i>hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	1 or 1b*	QL (24 mL per 1 day)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	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	
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</i>	1 or 1b*	
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (<i>morphine sulfate microinfusion</i>)	3	
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (<i>morphine sulfate microinfusion</i>)	3	
<i>levorphanol tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>meperidine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>meperidine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>meperidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
METHADONE HCL INJECTION SOLUTION	3	PA; QL (1 mL per 1 day)
<i>methadone hcl intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methadone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>methadone hcl oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML (<i>methadone hcl</i>)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>methadose oral tablet soluble</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE (<i>methadone hcl</i>)	3	PA; QL (6 mL per 1 day)
<i>mitigo injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>	1 or 1b*	
MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML	3	
MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 15 mg, 30 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablet per 1 day)
MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml</i>	3	
<i>morphine sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>morphine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (<i>tapentadol hcl</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>oliceridine fumarate</i>)	3	
<i>oxycodone hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
<i>oxycodone hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
QDOLO ORAL SOLUTION (<i>tramadol hcl</i>)	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>remifentanil hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ROXICODONE ORAL TABLET (<i>oxycodone hcl</i>)	3	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ROXYBOND ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT 15 MG, 30 MG, 5 MG (<i>oxycodone hcl</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
<i>tramadol hcl (er biphasic) oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TRAMADOL HCL ORAL SOLUTION	3	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>remifentanil hcl</i>)	3	
*OPIOID COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
APADAZ ORAL TABLET (<i>benzhydrocodone-acetaminophen</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>endocet oral tablet 5-325 mg</i>	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)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
*OPIOID PARTIAL AGONISTS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
BELBUCA BUCCAL FILM (<i>buprenorphine hcl</i>)	3	PA; QL (2 film per 1 day)
BRIXADI (WEEKLY) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	5	QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	5	QL (1 syringe per 28 days)
<i>buprenorphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>buprenorphine transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 package 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>butorphanol tartrate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (2 mL per 1 day)
<i>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>buprenorphine</i>)	5	QL (1 syringe per 28 days)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (23 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (5 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (3 tablets per 1 day)
ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG (<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*TRAMADOL COMBINATIONS*** - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS		
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 tablet per 1 day)
ANDROGENS-ANABOLIC - HORMONES		
*ANDROGENS*** - DRUGS FOR MEN		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>danazol oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>testosterone cypionate</i>)	1 or 1b*	PA
JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (<i>testosterone undecanoate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
NATESTO NASAL GEL (<i>testosterone</i>)	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTOPEL IMPLANT PELLET (<i>testosterone</i>)	3	PA
<i>testosterone cypionate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>testosterone transdermal gel 1.62 %, 20.25 mg/act (1.62%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 bottle per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25gm (1.62%), 40.5 mg/2.5gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 packet 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 packet per 1 day)
<i>testosterone transdermal solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 pump bottle per 30 days)
XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>testosterone enanthate</i>)	3	PA
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS - RECTAL PREPARATIONS		
*INTRARECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>budesonide rectal foam 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4.78 gm per 1 day)
<i>budesonide rectal foam 2 mg/act</i>	1 or 1b*	QL (4.78 grams per 1 day)
CORTENEMA RECTAL ENEMA (<i>hydrocortisone</i>)	3	
CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone acetate</i>)	3	QL (2.15 gram per 1 day)
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	1 or 1b*	
*NITRATE VASODILATING AGENTS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>nitroglycerin rectal ointment</i>	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT (<i>nitroglycerin</i>)	3	QL (1 unit per 1 day)
*RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
<i>hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %</i>	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>)	3	
*RECTAL LOCAL ANESTHETICS*** - RECTAL PREPARATIONS		
<i>eq hemorrhoid relief external cream</i>	1 or 1b*	
*RECTAL STEROIDS*** - RECTAL PREPARATIONS		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	3	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream</i>	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (<i>hydrocortisone</i>)	1 or 1b*	
<i>procto-med hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctosol hc external cream</i>	1 or 1b*	
<i>proctozone-hc external cream</i>	1 or 1b*	
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTHELMINTICS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>albendazole oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET (<i>praziquantel</i>)	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (<i>mebendazole</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ivermectin oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
<i>praziquantel oral tablet</i>	1 or 1b*	
STROMEKTOL ORAL TABLET (<i>ivermectin</i>)	3	QL (9 tablets per 1 fill)
ANTIANGINAL AGENTS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIANGINALS-OTHER*** - DRUGS FOR ANGINA		
ASPRUZYO SPRINKLE ORAL PACKET (<i>ranolazine</i>)	3	PA; QL (2 sachets per 1 day)
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*NITRATES*** - DRUGS FOR ANGINA		
ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET (<i>isosorbide dinitrate</i>)	3	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet</i>	1 or 1b*	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (<i>nitroglycerin</i>)	2	
<i>nitroglycerin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	1 or 1b*	
NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION (<i>nitroglycerin</i>)	3	
NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>nitroglycerin</i>)	3	
ANTIANSXIETY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIANSXIETY AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR ANXIETY		
<i>buspirone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>droperidol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>meprobamate oral tablet</i>	3	
*BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>alprazolam</i>)	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>chlordiazepoxide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>diazepam injection solution 10 mg/2ml</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral concentrate</i>	1 or 1a*	QL (8 mL per 1 day)
<i>diazepam oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>diazepam oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lorazepam injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lorazepam intensol oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 1 day)
<i>lorazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>oxazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
ANTIARRHYTHMICS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANTIARRHYTHMICS - MISC.*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>adenosine intravenous solution 12 mg/4ml, 6 mg/2ml</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>disopyramide phosphate oral capsule</i>	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>disopyramide phosphate</i>)	2	
NORPACE ORAL CAPSULE (<i>disopyramide phosphate</i>)	3	
<i>procainamide hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>quinidine sulfate oral tablet</i>	1 or 1a*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B*** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>mexiletine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C**** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>flecainide acetate oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>propafenone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTIARRHYTHMICS TYPE III**** - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS		
<i>amiodarone hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>amiodarone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibutilide fumarate</i>)	3	
<i>dofetilide oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>ibutilide fumarate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET (<i>dronedarone hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amiodarone hcl in dextrose</i>)	3	
<i>pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	
<i>pacerone oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ADRENERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>umeclidinium-vilanterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate</i> (Breyna Inhalation Aerosol)	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (<i>budeson-glycopyrrol-formoterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>ipratropium-albuterol</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 package 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide-olodaterol</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT (<i>fluticasone-umeclidin-vilant</i>)	2	QL (2 EA per 1 day)
<i>wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated</i>	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 (<i>omalizumab</i>)	4	PA; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>omalizumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
*BETA ADRENERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	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)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
<i>albuterol sulfate oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>albuterol sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>arformoterol tartrate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (60 vial per 30 days)
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>arformoterol tartrate</i>)	3	QL (60 vial 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>isoproterenol hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	1 or 1b*	QL (90 vials per 30 days)
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
PERFORMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (<i>formoterol fumarate</i>)	3	QL (120 ML per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>albuterol sulfate</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>salmeterol xinafoate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>olodaterol hcl</i>)	3	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>terbutaline sulfate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>terbutaline sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>ipratropium bromide hfa</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution</i>	1 or 1b*	QL (300 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDHALER INHALATION CAPSULE (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (<i>tiotropium bromide monohydrate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
YUPELRI INHALATION SOLUTION (<i>revefenacin</i>)	3	ST; QL (1 vial per 1 day)
*INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>benralizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weekss); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (<i>benralizumab</i>)	4	PA; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (<i>benralizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mepolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
*INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>reslizumab</i>)	4	PA; LD; SP
*LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ACCOLATE ORAL TABLET (<i>zafirlukast</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>montelukast sodium oral packet</i>	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zafirlukast oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (<i>ensifentrine</i>)	5	PA; QL (1 carton per 30 days); SP
*SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
DALIRESP ORAL TABLET (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>roflumilast oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*STEROID INHALANTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>fluticasone furoate</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (4 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
<i>fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act</i>	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (<i>beclomethasone diprop hfa</i>)	2	QL (2 inhalers per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tezepelumab-ekko</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tezepelumab-ekko</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
*XANTHINES*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
<i>aminophylline intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (<i>theophylline</i>)	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG (<i>theophylline</i>)	2	QL (2 capsules per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>theophylline oral elixir</i>	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
<i>theophylline oral solution</i>	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
ANTICOAGULANTS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*COUMARIN ANTICOAGULANTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>jantoven oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>warfarin sodium oral tablet</i>	1 or 1a*	
*DIRECT FACTOR XA INHIBITORS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>apixaban</i>)	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (<i>apixaban</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (<i>apixaban</i>)	2	QL (74 tablets per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>rivaroxaban</i>)	2	QL (1 pack per 365 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>bd heparin posiflush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%</i>	1 or 1b*	
HEPARIN (PORCINE) IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	3	
<i>heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%	3	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>heparin sod (pork) lock flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml</i>	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML	3	
*LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
<i>enoxaparin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML (<i>dalteparin sodium</i>)	3	QL (8 mL per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (<i>dalteparin sodium</i>)	3	QL (6 vials per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dalteparin sodium</i>)	3	QL (30 syringes per 30 days)
*SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>fondaparinux sodium</i>)	3	QL (30 syringes per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
*THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE*** - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bivalirudin trifluoroacetate</i>)	3	
<i>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*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 (<i>perampanel</i>)	3	QL (24 mL per 1 day)
FYCOMPA ORAL TABLET (<i>perampanel</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>clobazam oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
<i>clobazam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>clonazepam oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diazepam rectal gel</i>	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 fill)
NAYZILAM NASAL SOLUTION (<i>midazolam (anticonvulsant)</i>)	3	PA; QL (10 mL per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG (<i>clobazam</i>)	3	QL (2 film strips per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG (<i>clobazam</i>)	3	QL (1 film strip per 1 day)
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID (<i>diazepam</i>)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
*ANTICONVULSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (<i>eslicarbazepine acetate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (<i>rufinamide</i>)	3	QL (80 mL per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (<i>rufinamide</i>)	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (<i>rufinamide</i>)	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION (<i>brivaracetam</i>)	3	QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET (<i>brivaracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>carbamazepine oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (<i>stiripentol</i>)	5	PA; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (<i>stiripentol</i>)	5	PA; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (<i>stiripentol</i>)	5	PA; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (<i>stiripentol</i>)	5	PA; QL (6 packets per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION (<i>cannabidiol</i>)	5	PA; LD; SP
<i>epitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (<i>fenfluramine hcl</i>)	5	PA; QL (26 mg per 1 day)
<i>gabapentin oral capsule</i>	1 or 1b*	DO
<i>gabapentin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (72 mL per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lacosamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lacosamide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>lacosamide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet chewable 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>levetiracetam intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levetiracetam oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxcarbazepine oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>pregabalin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>primidone oral tablet 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>primidone oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 50 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG (<i>topiramate</i>)	3	ST; DO
<i>roweepira oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>rufinamide oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (<i>levetiracetam</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>subvenite oral tablet</i>	1 or 1b*	DO
<i>subvenite starter kit-blue oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
<i>subvenite starter kit-green oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>subvenite starter kit-orange oral kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral capsule sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>topiramate oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>zonisamide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION (<i>ganaxolone</i>)	5	QL (10 bottles per 30 days)
*CARBAMATES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>felbamate oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>felbamate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (<i>cenobamate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>cenobamate</i>)	3	QL (1 pack per 28 days)
*GABA MODULATORS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>tiagabine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>vigabatrin oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
<i>vigabatrin oral tablet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
<i>vigadrone oral packet</i>	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
VIGAFYDE ORAL SOLUTION (<i>vigabatrin</i>)	5	QL (25 mL per 1 day)
<i>vigabatrin</i> (Vigoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
*HYDANTOINS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CEREBYX INJECTION SOLUTION (<i>fosphenytoin sodium</i>)	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>phenytoin</i>)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (<i>phenytoin sodium extended</i>)	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION (<i>phenytoin</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION (<i>phenytoin</i>)	3	
<i>fosphenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE (<i>phenytoin sodium extended</i>)	1 or 1b*	
<i>phenytoin infatabs oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>phenytoin sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
*SUCCINIMIDES*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
CELONTIN ORAL CAPSULE (<i>methsuximide</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>ethosuximide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>methsuximide oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
*VALPROIC ACID*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
<i>valproate sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>valproic acid oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>valproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	
ANTIDEPRESSANTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>mirtazapine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET (<i>mirtazapine</i>)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>mirtazapine</i>)	3	
*ANTIDEPRESSANTS - MISC.*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4.5 tablet per 1 day)
<i>bupropion hcl oral tablet 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
*GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>brexanolone</i>)	5	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (<i>zuranolone</i>)	5	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (<i>zuranolone</i>)	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 (<i>selegiline</i>)	3	QL (1 patch per 1 day)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR (<i>selegiline</i>)	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET (<i>isocarboxazid</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NARDIL ORAL TABLET (<i>phenelzine sulfate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PARNATE ORAL TABLET (<i>tranylcypromine sulfate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>phenelzine sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet</i>	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 (<i>esketamine hcl</i>)	5	PA; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (<i>esketamine hcl</i>)	5	PA; QL (4 kits per 28 days)
*SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>citalopram hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>escitalopram oxalate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	
FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG	3	
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>paroxetine hcl oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
PAXIL ORAL SUSPENSION (<i>paroxetine hcl</i>)	3	ST
<i>sertraline hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	
<i>sertraline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*SEROTONIN MODULATORS**** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nefazodone hcl oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>trazodone hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	2	DO
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (<i>vortioxetine hbr</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>vilazodone hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS)*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DESVENLAFAXINE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG	3	ST; DO
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>levomilnacipran hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>levomilnacipran hcl</i>)	3	ST; QL (28 pack per 365 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>venlafaxine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>amitriptyline hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1a*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>amitriptyline hcl oral tablet 150 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>clomipramine hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
<i>clomipramine hcl oral capsule 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>desipramine hcl oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>doxepin hcl oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral capsule 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>imipramine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET (<i>desipramine hcl</i>)	3	DO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral capsule 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nortriptyline hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (<i>nortriptyline hcl</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>protriptyline hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIDIABETICS - HORMONES		
*ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>acarbose oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>miglitol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
*ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS*** - DRUGS FOR DIABETES		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>pramlintide acetate</i>)	2	QL (4 pens per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>pramlintide acetate</i>)	2	QL (2 boxes per 30 days)
*ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES*** - HORMONES		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION (<i>teplizumab-mzvw</i>)	5	PA
*BIGUANIDES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral solution</i>	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (<i>metformin hcl</i>)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
*DIABETIC OTHER*** - DRUGS FOR DIABETES		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (<i>glucagon</i>)	3	QL (1 pack per 30 days)
<i>diazoxide oral suspension</i>	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 (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>glucagon</i>)	3	QL (1 pack per 30 days)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glucagon</i>)	3	QL (2 packs per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (<i>diazoxide</i>)	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>dasiglucagon hcl</i>)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dasiglucagon hcl</i>)	3	QL (1.2 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (<i>sitagliptin phosphate</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (<i>sitagliptin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>alogliptin-pioglitazone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*HUMAN INSULIN*** - DRUGS FOR DIABETES		
HUMALOG INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin lispro prot & lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>insulin lispro</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph isophane & regular</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>insulin nph human (isophane)</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin regular human</i>)	2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin regular human</i>)	2	PA; QL (18 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	2	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN LISPRO INJECTION SOLUTION	2	ST; 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 (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV INJECTION SOLUTION (<i>insulin lispro-aabc</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
LYUMJEV KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin lispro-aabc</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>insulin regular(human) in nacl</i>)	3	
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (12 mL per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine</i>)	2	QL (13.5 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 UNIT/ML (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (18 mL per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>insulin degludec</i>)	2	QL (30 mL per 30 days)
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES		
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>tirzepatide</i>)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
*INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>liraglutide subcutaneous solution pen-injector</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 box per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 unit 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (<i>semaglutide</i>)	2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (<i>dulaglutide</i>)	2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>liraglutide</i>)	2	PA; QL (1 box per 30 days)
*INSULIN-INCRETIN MIMETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin glargine-lixisenatide</i>)	2	ST; QL (5 pen per 25 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>insulin degludec-liraglutide</i>)	2	ST; QL (5 pen per 30 days)
*MEGLITINIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>nateglinide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
*PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	4	PA; QL (4 tablets per 1 day)
*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR - BIGUANIDE COMB*** - DRUGS FOR DIABETES		
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG (<i>empagliflozin-linagliptin-metformin</i>)	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 (<i>empagliflozin-linagliptin-metformin</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*SGLT2 INHIBITOR - DPP-4 INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
GLYXAMBI ORAL TABLET (<i>empagliflozin-linagliptin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>dapagliflozin propanediol oral tablet</i>	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FARXIGA ORAL TABLET (<i>dapagliflozin propanediol</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (<i>empagliflozin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg</i>	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg</i>	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY ORAL TABLET (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	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 (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (<i>empagliflozin-metformin hcl</i>)	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 (<i>dapagliflozin prop-metformin</i>)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (<i>dapagliflozin prop-metformin</i>)	2	ST; QL (2 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (<i>dapagliflozin prop-metformin</i>)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREA-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREAS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>glimepiride oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 1.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide micronized oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	ST; 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>glyburide micronized oral tablet 6 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 1.25 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
<i>glyburide oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
*SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
DUETACT ORAL TABLET (<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
*THIAZOLIDINEDIONES*** - DRUGS FOR DIABETES		
<i>pioglitazone hcl oral tablet</i>	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 (<i>crofelemer</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>eq stomach relief oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>eq stomach relief oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
FORTIFY OPTIMA WOMENS ADV CARE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>probiotic product</i>)	2	
PRIMADOPHILUS KIDS ORAL TABLET CHEWABLE (<i>probiotic product</i>)	1 or 1b*	
<i>probioflexx oral capsule</i>	2	
<i>surebiotic probiotic support oral capsule</i>	3	
*ANTIPERISTALTIC AGENTS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	1 or 1b*	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet</i>	1 or 1b*	
LOMOTIL ORAL TABLET (<i>diphenoxylate-atropine</i>)	3	
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
MOTOFEN ORAL TABLET (<i>difenoxin-atropine</i>)	3	
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
*ANTIDOTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (<i>sodium nitrite-sod thiosulfate</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREVDUO INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>neostigmine-glycopyrrolate</i>)	3	
*ANTIDOTES - CHELATING AGENTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
CHEMET ORAL CAPSULE (<i>succimer</i>)	3	
<i>deferasirox granules oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferasirox oral tablet soluble</i>	4	PA; LD; SP
<i>deferiprone oral tablet</i>	4	PA; LD
FERRIPROX ORAL SOLUTION (<i>deferiprone</i>)	5	PA
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (<i>deferiprone</i>)	5	PA
*ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>acetylcysteine</i>)	3	
<i>acetylcysteine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coag fact xa inactivated-zhzo</i>)	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sugammadex sodium</i>)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydroxocobalamin</i>)	3	
<i>deferoxamine mesylate injection solution reconstituted</i>	4	SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>deferoxamine mesylate</i>)	5	SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>digoxin immune fab</i>)	3	
<i>edetate calcium disodium injection solution</i>	3	
<i>fomepizole intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue (antidote) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylene blue intravenous solution prefilled syringe</i>	3	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idarucizumab</i>)	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pralidoxime chloride</i>)	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>methylene blue (antidote)</i>)	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (<i>prussian blue insoluble</i>)	3	
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sugammadex sodium intravenous solution prefilled syringe 100 mg/ml</i>	3	
VISTOGARD ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	3	PA; QL (20 packets per 30 days)
*BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
<i>flumazenil intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING		
KLOXXADO NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>nalmefene hcl injection solution</i>	3	QL (20 mL per 150 days)
<i>naloxone hcl injection solution</i>	1 or 1b*	QL (6 vial per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 syringes per 3 months)
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringe per 90 days)
<i>naloxone hcl nasal liquid</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
<i>naltrexone hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
OPVEE NASAL SOLUTION (<i>nalmefene hcl</i>)	2	QL (3 cartons per 90 days)
REXTOVY NASAL LIQUID (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>naltrexone</i>)	5	QL (1 vial per 28 days)
ZIMHI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>naloxone hcl</i>)	2	QL (6 syringes per 3 monthss)
ANTIEMETICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ANZEMET ORAL TABLET (<i>dolasetron mesylate</i>)	3	QL (5 tablets per 30 days)
<i>granisetron hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>granisetron hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (8 mL per 1 day)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (24 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (48 tablets per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (24 tablets per 30 days)
PALONOSETRON HCL INTRAVENOUS SOLUTION 0.25 MG/2ML	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml</i>	1 or 1b*	PA
<i>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA
POSFREA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>palonosetron hcl</i>)	3	PA
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (<i>granisetron</i>)	3	QL (4 patches per 28 days)
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>granisetron</i>)	3	
*ANTIEMETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosnetupitant-palonosetron</i>)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (<i>netupitant-palonosetron</i>)	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>doxylamine-pyridoxine</i>)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
*ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
ANTIVERT ORAL TABLET (<i>meclizine hcl</i>)	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE (<i>meclizine hcl</i>)	3	
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1a*	
<i>meclizine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour</i>	1 or 1b*	
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>trimethobenzamide hcl</i>)	3	
<i>trimethobenzamide hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amisulpride (antiemetic)</i>)	3	
*ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
<i>dronabinol oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE (<i>dronabinol</i>)	3	QL (4 capsules per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION (<i>dronabinol</i>)	3	QL (8 mL per 1 day)
*SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA		
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION (<i>aprepitant</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aprepitant oral</i>	1 or 1b*	QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 fill)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	1 or 1b*	QL (15 capsules per 25 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsules per 25 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (<i>aprepitant</i>)	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>aprepitant</i>)	3	QL (15 kit per 30 days)
<i>focinvez intravenous solution</i>	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
<i>fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 vial per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>rolapitant hcl</i>)	3	QL (4 capsules per 28 days)
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS)*** - DRUGS FOR FUNGUS		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>caspofungin acetate</i>)	3	QL (1 vial per 1 day)
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (1 vial per 1 day)
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anidulafungin</i>)	3	
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>micafungin sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>micafungin sodium</i>)	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rezafungin acetate</i>)	3	
*ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOID)*** - ANTIBIOTICS		
BREXAFEMME ORAL TABLET (<i>ibrexafungerp citrate</i>)	3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
*ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR FUNGUS		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (<i>amphotericin b lipid</i>)	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amphotericin b liposome</i>)	3	
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE (<i>flucytosine</i>)	3	PA
<i>flucytosine oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
<i>griseofulvin microsize oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>griseofulvin microsize oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>nystatin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>terbinafine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*IMIDAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
<i>ketoconazole oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*TETRAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>oteseconazole</i>)	3	PA; QL (1 carton per 4 monthss)
*TRIAZOLES*** - DRUGS FOR FUNGUS		
CRESEMBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	3	PA; QL (1 vial per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 186 MG (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
CRESEMBA ORAL CAPSULE 74.5 MG (<i>isavuconazonium sulfate</i>)	3	PA; QL (5 capsules per 1 day)
DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>fluconazole</i>)	3	QL (10 mL per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (<i>fluconazole</i>)	3	QL (4 tablet per 1 day)
DIFLUCAN ORAL TABLET 200 MG (<i>fluconazole</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.9 MG/50ML-%	3	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	1 or 1b*	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>fluconazole oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
<i>itraconazole oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
<i>itraconazole oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL ORAL PACKET (<i>posaconazole</i>)	3	PA; QL (31 packet per 30 days)
<i>posaconazole intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>posaconazole oral suspension</i>	1 or 1b*	PA; QL (20 mL per 1 day)
<i>posaconazole oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (93 tablets per 30 days)
SPORANOX ORAL CAPSULE (<i>itraconazole</i>)	3	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
SPORANOX ORAL SOLUTION (<i>itraconazole</i>)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
TOLSURA ORAL CAPSULE	3	PA; QL (126 capsules per 30 days)
VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>voriconazole</i>)	3	PA; QL (17.5 mL per 1 day)
VFEND ORAL TABLET (<i>voriconazole</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (17.5 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIHISTAMINES - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTIHISTAMINES - ALKYLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>eq allergy relief oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	
*ANTIHISTAMINES - ETHANOLAMINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>carbinoxamine maleate er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	ST; QL (40 mL per 1 day)
<i>carbinoxamine maleate oral solution</i>	1 or 1b*	ST
<i>carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	ST
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
<i>clemastine fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
<i>diphenhydramine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>diphenhydramine hcl oral elixir</i>	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>carbinoxamine maleate</i>)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
*ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cetirizine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET (<i>desloratadine</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>desloratadine oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>eq allergy relief childrens oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>mm allergy relief 24 hour oral tablet</i>	1 or 1b*	
QUZYTIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetirizine hcl</i>)	3	
*ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION (<i>promethazine hcl</i>)	3	
<i>promethazine hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>promethazine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>promethazine hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>promethazine hcl rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
<i>promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>promethegan rectal suppository 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
*ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>cyproheptadine hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART		
*ACL INHIB-INTestinal CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLIZET ORAL TABLET (<i>bempedoic acid-ezetimibe</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
NEXLETOL ORAL TABLET (<i>bempedoic acid</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ANGIOPROTEIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>evinacumab-dgnb</i>)	5	PA
*ANTIHYPERTENSIVES - MISC.*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
<i>icosapent ethyl oral capsule 1 gm</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (<i>icosapent ethyl</i>)	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
*BILE ACID SEQUESTRANTS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>cholestyramine light oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>cholestyramine light oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>cholestyramine oral packet</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>cholestyramine oral powder</i>	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral packet</i>	3	QL (1 packet per 1 day)
<i>colesevelam hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES (<i>colestipol hcl</i>)	3	QL (45 grams per 1 day)
COLESTID ORAL TABLET (<i>colestipol hcl</i>)	3	QL (16 tablets per 1 day)
<i>colestipol hcl oral granules</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral packet</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
<i>colestipol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
<i>prevalite oral packet</i>	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
<i>prevalite oral powder</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (<i>cholestyramine light</i>)	3	QL (30 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUESTRAN ORAL PACKET (<i>cholestyramine</i>)	3	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER (<i>cholestyramine</i>)	3	QL (54 gm per 1 day)
*FIBRIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>fenofibrate micronized oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg</i>	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>fenofibric acid oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
FENOGLIDE ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FIBRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibric acid</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>gemfibrozil oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LIPOFEN ORAL CAPSULE (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (<i>gemfibrozil</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (<i>fenofibrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*HMG COA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fluvastatin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	DO
<i>simvastatin oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>simvastatin oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>ezetimibe oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*MICROSOMAL TRIGLYCERIDE TRANSFER PROTEIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	3	PA; DO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG (<i>lomitapide mesylate</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
*NICOTINIC ACID DERIVATIVES*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>niacin (antihyperlipidemic) oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>niacor oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
*PCSK9 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>alirocumab</i>)	3	PA; QL (2 pens per 28 days)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (1 cartridge per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>evolocumab</i>)	3	PA; QL (2 syringe per 28 days)
*SMALL INTERFERING RNA (SIRNA) PCSK9 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
LEQVIO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>inclisiran sodium</i>)	5	PA; QL (1.5 mL per 180 days)
ANTIHYPERTENSIVES - DRUGS FOR THE HEART		
*ACE INHIBITOR & CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	1 or 1b*	DO
PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (<i>perindopril arg-amlodipine</i>)	3	DO
<i>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release</i>	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 (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
ACCURETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 5-6.25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASERETIC ORAL TABLET (<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG (<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*ACE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>benazepril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>enalapril maleate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mg per 1 day)
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>enalapril maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>enalaprilat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION (<i>enalapril maleate</i>)	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fosinopril sodium oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG (<i>benazepril hcl</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>moexipril hcl oral tablet 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>perindopril erbumine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION (<i>lisinopril</i>)	3	QL (40 mg per 1 day)
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>quinapril hcl oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>ramipril oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
DEMSEER ORAL CAPSULE (<i>metirosine</i>)	3	PA; QL (16 capsules per 1 day); SP
DIBENZYLINE ORAL CAPSULE (<i>phenoxybenzamine hcl</i>)	3	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>metirosine oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (16 capsules per 1 day); SP
<i>phenoxybenzamine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (12 capsules per 1 day)
<i>phentolamine mesylate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & CA CHANNEL BLOCKER COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</i>	1 or 1b*	DO
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG & THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EDARBYCLOR ORAL TABLET (<i>azilsartan-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
EDARBI ORAL TABLET 40 MG (<i>azilsartan medoxomil</i>)	3	DO
EDARBI ORAL TABLET 80 MG (<i>azilsartan medoxomil</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>irbesartan oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>losartan potassium oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>telmisartan oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (80 mL per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-THIAZIDES*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (0.29 patches 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>clonidine</i>)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.3 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>clonidine transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	QL (0.29 patches per 1 day)
<i>guanfacine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>methyldopa oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDURA ORAL TABLET 8 MG (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prazosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>terazosin hcl oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*ANTIHYPERTENSIVES - MISC.*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
VECAMYL ORAL TABLET (<i>mecamylamine hcl</i>)	3	
*BETA BLOCKER & DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 100 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
TENORETIC 50 ORAL TABLET (<i>atenolol-chlorthalidone</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*DIRECT RENIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>aliskiren fumarate oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS)*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>eplerenone oral tablet</i>	1 or 1b*	
INSPRA ORAL TABLET (<i>eplerenone</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>hydralazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>hydralazine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>minoxidil oral tablet</i>	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nitroprusside sodium-nacl</i>)	3	
<i>nitroprusside sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nitroprusside sodium-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium nitroprusside intravenous solution</i>	1 or 1b*	
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>rifamycin sodium</i>)	3	PA; QL (12 tablets per 30 days)
FLAGYL ORAL CAPSULE (<i>metronidazole</i>)	3	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (<i>miltefosine</i>)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>metronidazole oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>metronidazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	3	
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentamidine isethionate</i>)	5	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted</i>	4	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
<i>tinidazole oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (<i>rifaximin</i>)	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (<i>rifaximin</i>)	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)
*ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
BACTRIM DS ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	3	
BACTRIM ORAL TABLET (<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>)	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension</i>	1 or 1a*	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>sulfatrim pediatric oral suspension</i>	1 or 1a*	
*ANTIPROTOZOAL AGENTS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone oral suspension</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LAMPIT ORAL TABLET (<i>nifurtimox</i>)	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION (<i>atovaquone</i>)	3	
<i>nitazoxanide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)
*BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sulbactam sod-durlobactam sod</i>)	3	
*CARBAPENEM COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin</i>)	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imipenem-cilastatin-relebactam</i>)	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meropenem-vaborbactam</i>)	3	
*CARBAPENEMS*** - ANTIBIOTICS		
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
*CHLORAMPHENICALS*** - ANTIBIOTICS		
<i>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CYCLIC LIPOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>daptomycin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	
*GLYCOPEPTIDES*** - ANTIBIOTICS		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dalbavancin hcl</i>)	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vancomycin hcl</i>)	3	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>oritavancin diphosphate</i>)	3	
VANCOCIN ORAL CAPSULE (<i>vancomycin hcl</i>)	3	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%</i>	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NAACL 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)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.75 gm, 2 gm, 500 mg</i>	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)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 5 gm</i>	3	QL (1 vial per 30 days)
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 100 gm</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	PA; QL (240 capsules per 30 days)
<i>vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	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 (<i>telavancin hcl</i>)	3	
*LEPROSTATICS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dapsone oral tablet</i>	1 or 1b*	
*LINCOSAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
CLEOCIN ORAL CAPSULE (<i>clindamycin hcl</i>)	3	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>clindamycin palmitate hcl</i>)	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	
<i>clindamycin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clindamycin phosphate injection solution</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (<i>lincomycin hcl</i>)	3	
<i>lincomycin hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
*MONOBACTAMS*** - ANTIBIOTICS		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam</i>)	3	
<i>aztreonam injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aztreonam lysine</i>)	5	LD; QL (3 vials per 1 day); SP
*OXAZOLIDINONES*** - ANTIBIOTICS		
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution</i>	3	
<i>linezolid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; QL (900 mL per 30 days)
<i>linezolid oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (28 tablet per 30 days)
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tedizolid phosphate</i>)	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET (<i>tedizolid phosphate</i>)	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>linezolid</i>)	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>linezolid</i>)	3	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET (<i>linezolid</i>)	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
*POLYMYXINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>colistimethate sodium</i>)	3	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*URINARY ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
<i>fosfomycin tromethamine oral packet</i>	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET (<i>methenamine hippurate</i>)	3	
MACROBID ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>)	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>)	3	
<i>methenamine hippurate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
<i>nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml</i>	3	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMALARIAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARASITES		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COARTEM ORAL TABLET (<i>artemether-lumefantrine</i>)	3	
MALARONE ORAL TABLET (<i>atovaquone-proguanil hcl</i>)	3	
*ANTIMALARIALS*** - DRUGS FOR PARASITES		
ARAKODA ORAL TABLET (<i>tafenoquine succinate</i>)	3	QL (64 tablets per 1 year)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet</i>	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET (<i>pyrimethamine</i>)	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)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	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 (<i>tafenoquine succinate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 fill)
<i>mefloquine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	
<i>pyrimethamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE (<i>quinine sulfate</i>)	3	PA; QL (60 capsule per 30 days)
<i>quinine sulfate oral capsule</i>	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 (<i>neostigmine methylsulfate</i>)	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET (<i>amifampridine phosphate</i>)	5	PA; QL (10 tablets per 1 day)
MESTINON ORAL SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
MESTINON ORAL TABLET (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML, 5 MG/10ML	3	
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>pyridostigmine bromide oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>pyridostigmine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pyridostigmine bromide</i>)	3	
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS*** - ANTIBIOTICS		
<i>cycloserine oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>ethambutol hcl oral tablet</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>isoniazid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral syrup</i>	1 or 1a*	
<i>isoniazid oral tablet</i>	1 or 1a*	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
PRIFTIN ORAL TABLET (<i>rifapentine</i>)	2	
<i>pyrazinamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>rifabutin oral capsule</i>	1 or 1b*	
RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rifampin</i>)	3	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>rifampin oral capsule</i>	1 or 1b*	
SIRTURO ORAL TABLET (<i>bedaquiline fumarate</i>)	3	
TRECTOR ORAL TABLET (<i>ethionamide</i>)	3	
ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES - DRUGS FOR CANCER		
*ALKYLATING AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
<i>bendamustine hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>busulfan intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>busulfan</i>)	3	SP
<i>carboplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>cisplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	SP
MYLERAN ORAL TABLET (<i>busulfan</i>)	2; OC	OC
<i>oxaliplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>paraplatin intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thiotepa</i>)	3	SP
<i>thiotepa injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bendamustine hcl</i>)	3	PA; LD; SP
<i>vivimusta intravenous solution</i>	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>lurbinectedin</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTIADRENALS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYSODREN ORAL TABLET (<i>mitotane</i>)	2; OC	QL (38 tablet per 1 day); OC
*ANTIANDROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bicalutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
CASODEX ORAL TABLET (<i>bicalutamide</i>)	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG (<i>apalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG (<i>apalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
EULEXIN ORAL CAPSULE (<i>flutamide</i>)	3; OC	OC
<i>nilutamide oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
NUBEQA ORAL TABLET (<i>darolutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL CAPSULE (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 40 MG (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XTANDI ORAL TABLET 80 MG (<i>enzalutamide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTIESTROGENS*** - DRUGS FOR CANCER		
FARESTON ORAL TABLET (<i>toremifene citrate</i>)	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
SOLTAMOX ORAL SOLUTION (<i>tamoxifen citrate</i>)	2; OC; \$0	OC
<i>tamoxifen citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	OC
<i>toremifene citrate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTIMETABOLITES*** - DRUGS FOR CANCER		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pemetrexed disodium</i>)	3	PA; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nelarabine</i>)	3	SP
<i>azacitidine injection suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
<i>capecitabine oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
<i>cladribine intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>clofarabine intravenous solution</i>	1 or 1b*	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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALECENSA ORAL CAPSULE (<i>alectinib hcl</i>)	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>brigatinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 pack per 30 days); OC
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (<i>lorlatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (<i>lorlatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG (<i>crizotinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYKADIA ORAL TABLET (<i>ceritinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - ANTIBODY COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
OPDUALAG INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nivolumab-relatlimab-rmbw</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CCR4 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mogamulizumab-kpkc</i>)	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tafasitamab-cxix</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>loncastuximab tesirine-lpyl</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>ofatumumab</i>)	3	PA; SP
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>obinutuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-arrx</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab</i>)	3	PA; LD; SP
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-pvvr</i>)	3	PA; SP
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>rituximab-abbs</i>)	3	PA; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
BESPOLSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>inotuzumab ozogamicin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>brentuximab vedotin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>gemtuzumab ozogamicin</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD38 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>daratumumab</i>)	3	PA; LD; SP
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>isatuximab-irfc</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>polatuzumab vedotin-piiq</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tremelimumab-actl</i>)	3	PA; LD; SP
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ipilimumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>naxitamab-ggqk</i>)	3	PA
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dinutuximab</i>)	3	
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab</i>)	3	LD; SP
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-pkrb</i>)	3	ST; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-anns</i>)	3	LD; SP
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>margetuximab-cmkb</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-dkst</i>)	3	ST; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-dttb</i>)	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pertuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trastuzumab-qyyp</i>)	3	ST; SP
TUKYSA ORAL TABLET (<i>tucatinib</i>)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfortumab vedotin-ejfv</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dostarlimab-gxly</i>)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pembrolizumab</i>)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cemiplimab-rwlc</i>)	3	PA
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>toripalimab-tpzi</i>)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nivolumab</i>)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tislelizumab-jsgr</i>)	3	PA; SP
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>retifanlimab-dlwr</i>)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>avelumab</i>)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>durvalumab</i>)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>atezolizumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>elotuzumab</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tisotumab vedotin-tftv</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; QL (6 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>venetoclax</i>)	3; OC	PA; QL (1 pack per 365 days); OC
*ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (<i>bosutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>dasatinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>imatinib mesylate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
SPRYCEL ORAL TABLET (<i>dasatinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (<i>nilotinib hcl</i>)	2; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS*** - DRUGS FOR CANCER		
BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>blinatumomab</i>)	3	PA; LD; SP
COLUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>glofitamab-gxbm</i>)	3	PA; LD; SP
ELREXFIO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>elranatamab-bcmm</i>)	3	PA
EPKINLY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>epcoritamab-bysp</i>)	3	PA
IMDELLTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tarlatamab-dlle</i>)	3	PA; SP
KIMMTRAK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tebentafusp-tebn</i>)	3	PA
LUNSUMIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mosunetuzumab-axgb</i>)	3	PA; LD; SP
TALVEY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>talquetamab-tgvs</i>)	3	PA
TECVAYLI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>teclistamab-cqyv</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC - BRAF KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BRAFTOVI ORAL CAPSULE (<i>encorafenib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>tovorafenib</i>)	3; OC	PA; QL (8 bottles per 28 days); OC
OJEMDA ORAL TABLET (<i>tovorafenib</i>)	3; OC	PA; QL (24 tablets per 28 days); OC
TAFINLAR ORAL CAPSULE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dabrafenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (15 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZELBORAF ORAL TABLET (<i>vemurafenib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (8 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - BTK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BRUKINSA ORAL CAPSULE (<i>zanubrutinib</i>)	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
CALQUENCE ORAL TABLET (<i>acalabrutinib maleate</i>)	2; OC	PA; QL (2 capsules per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (3 capsule per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (8 mL per 1 day); OC
IMBRUVICA ORAL TABLET (<i>ibrutinib</i>)	2; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG (<i>pirtobrutinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - EGFR INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cetuximab</i>)	3	PA; SP
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
<i>gefitinib oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GILOTRIF ORAL TABLET (<i>afatinib dimaleate</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
IRESSA ORAL TABLET (<i>gefitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG (<i>lazertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG (<i>lazertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>necitumumab</i>)	3	LD; SP
TAGRISSE ORAL TABLET (<i>osimertinib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>panitumumab</i>)	3	PA; LD; SP
VIZIMPRO ORAL TABLET (<i>dacomitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG (<i>erdafitinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>futibatinib</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>futibatinib</i>)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>futibatinib</i>)	3; OC	PA; QL (5 tablets per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG (<i>pemigatinib</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 4.5 MG, 9 MG (<i>pemigatinib</i>)	3; OC	PA; QL (14 tablets per 21 days); OC
*ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (<i>nirogacestat hydrobromide</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG (<i>nirogacestat hydrobromide</i>)	3; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (<i>glasdegib maleate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (<i>glasdegib maleate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (<i>vismodegib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ODOMZO ORAL CAPSULE (<i>sonidegib phosphate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
WELIREG ORAL TABLET (<i>belzutifan</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belinostat</i>)	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>romidepsin</i>)	3	PA; LD; SP
<i>romidepsin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE (<i>vorinostat</i>)	2; OC	PA; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
AKEEGA ORAL TABLET (<i>niraparib-abiraterone acetate</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - IMMUNOMODULATORS*** - DRUGS FOR CANCER		
POMALYST ORAL CAPSULE (<i>pomalidomide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - KRAS INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
KRAZATI ORAL TABLET (<i>adagrasib</i>)	3; OC	PA; QL (6 tablets per 1 day); OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG (<i>sotorasib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP; OC
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG (<i>sotorasib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MEK INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
COTELLIC ORAL TABLET (<i>cobimetinib fumarate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	3; OC	PA; QL (8 capsules per 1 day); OC
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (<i>selumetinib sulfate</i>)	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (40 mL per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (<i>trametinib dimethyl sulfoxide</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
MEKTOVI ORAL TABLET (<i>binimetinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - MET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TABRECTA ORAL TABLET (<i>capmatinib hcl</i>)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TEPMETKO ORAL TABLET (<i>tepotinib hcl</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
TAZVERIK ORAL TABLET (<i>tazemetostat hbr</i>)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
<i>everolimus oral tablet soluble</i>	1 or 1b*; OC	PA; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>sirolimus protein-bound part</i>)	3	PA
<i>temsirolimus intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>temsirolimus</i>)	3	PA; 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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC - MULTIPLE RECEPTOR ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER		
RYBREVAANT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amivantamab-vmjw</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC - PDGFR-ALPHA INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AYVAKIT ORAL TABLET (<i>avapritinib</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ANTINEOPLASTIC - PROTEASOME INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	3	PA; SP
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; SP
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>carfilzomib</i>)	3	PA; LD; SP
NINLARO ORAL CAPSULE (<i>ixazomib citrate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 28 days); SP; OC
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>bortezomib</i>)	3	PA; SP
*ANTINEOPLASTIC - RET INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
GAVRETO ORAL CAPSULE (<i>pralsetinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG (<i>selpercatinib</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AUGTYRO ORAL CAPSULE (<i>repotrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP; OC
ROZLYTREK ORAL PACKET (<i>entrectinib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (12 packets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (<i>larotrectinib sulfate</i>)	3; 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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY*** - DRUGS FOR CANCER		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (<i>ibritumomab tiuxetan for y-90</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES*** - DRUGS FOR CANCER		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mirvetuximab soravtansine-gynx</i>)	3	PA
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fam-trastuzumab deruxtec-nxki</i>)	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ado-trastuzumab emtansine</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>daratumumab-hyaluronidase-fihj</i>)	3	PA; LD; SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>trastuzumab-hyaluronidase-oysk</i>)	3	LD; SP
INQOVI ORAL TABLET (<i>decitabine-cedazuridine</i>)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 28 days); SP; OC
LONSURF ORAL TABLET (<i>trifluridine-tipiracil</i>)	3; OC	PA; LD; SP; OC
PHEGO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf</i>)	3	PA; LD; SP
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>rituximab-hyaluronidase human</i>)	3	LD; SP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>atezolizumab-hyaluronidas-tqjs</i>)	3	PA
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>daunorubicin-cytarabine lipo</i>)	3	LD; SP
*ANTINEOPLASTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR CANCER		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>calaspargase pegol-mknl</i>)	3	PA
ONCASPASPAR INJECTION SOLUTION (<i>pegaspargase</i>)	3	PA
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>asparaginase erwinia chry-rywn</i>)	3	PA; LD; SP
*ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS*** - DRUGS FOR CANCER		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lutetium lu 177 dotatate</i>)	3	PA
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lutetium lu 177 vipivotide tet</i>)	3	PA
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>radium ra 223 dichloride</i>)	3	PA
*ANTINEOPLASTICS - INTERLEUKINS & AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION (<i>nogapendekin alfa inbakic-pmln</i>)	3	PA; 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tagraxofusp-erzs</i>)	3	PA
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aldesleukin</i>)	3	PA; SP
*ANTINEOPLASTICS - PHOTOACTIVATED AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>porfimer sodium</i>)	3	
UVADEX EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>methoxsalen (photopheresis)</i>)	3	
*ANTINEOPLASTICS MISC.*** - DRUGS FOR CANCER		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>interferon gamma-1b</i>)	5	PA; LD; SP
<i>arsenic trioxide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ropeginterferon alfa-2b-njft</i>)	3	PA; QL (2 mL per 28 days)
<i>dacarbazine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
HYDREA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	3; OC	OC
<i>hydroxyurea oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	OC
MATULANE ORAL CAPSULE (<i>procarbazine hcl</i>)	2; OC	OC
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pentostatin</i>)	3	SP
TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>bcg live</i>)	5	SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>arsenic trioxide</i>)	3	SP
*AROMATASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>anastrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
AROMASIN ORAL TABLET (<i>exemestane</i>)	3; OC	QL (2 tablets per 1 day); OC
<i>exemestane oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (2 tablets per 1 day); OC
FEMARA ORAL TABLET (<i>letrozole</i>)	3; OC	QL (1 tablet per 1 day); OC
<i>letrozole oral tablet</i>	1 or 1b*; OC; \$0	QL (1 tablet per 1 day); OC
*CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>glucarpidase</i>)	3	
*CARDIAC PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>dexrazoxane intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rasburicase</i>)	3	PA; 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - KERATINOCYTE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR CANCER		
KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>palifermin</i>)	3	SP
*CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IBRANCE ORAL CAPSULE (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (21 tablets per 28 days); SP; OC
IBRANCE ORAL TABLET 125 MG (<i>palbociclib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; QL (0.75 tablet per 1 day); SP; OC
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; QL (1.5 tablets per 1 day); SP; OC
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ribociclib succinate</i>)	2; OC	PA; QL (2.25 tablets per 1 day); SP; OC
VERZENIO ORAL TABLET (<i>abemaciclib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*ESTROGEN RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR CANCER		
FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>fulvestrant</i>)	3	PA; SP
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	PA; SP
*FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
KHAPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>levoleucovorin</i>)	3	PA; LD; SP
<i>leucovorin calcium injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>leucovorin calcium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levoleucovorin calcium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	PA
<i>levoleucovorin calcium pf intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
*GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>degarelix acetate</i>)	3	PA; QL (2 units per 310 days); SP
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>degarelix acetate</i>)	3	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
ORGOVYX ORAL TABLET (<i>relugolix</i>)	3; OC	PA; 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*IMIDAZOTETRAZINES*** - DRUGS FOR CANCER		
TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>temozolomide</i>)	2	PA; SP
<i>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (2 capsules per 1 day); SP; OC
<i>temozolomide oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
<i>temozolomide oral capsule 5 mg</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (3 capsule per 1 day); SP; OC
*ISOCITRATE DEHYDROGENASE 1 & 2 (IDH1 & IDH2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG (<i>vorasidenib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG (<i>vorasidenib</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
*ISOCITRATE DEHYDROGENASE-1 (IDH1) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE (<i>olutasidenib</i>)	3; OC	PA; QL (2 capsules per 1 day); OC
TIBSOVO ORAL TABLET (<i>ivosidenib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ISOCITRATE DEHYDROGENASE-2 (IDH2) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG (<i>enasidenib mesylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
INREBIC ORAL CAPSULE (<i>fedratinib hcl</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
JAKAFI ORAL TABLET (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
OJJAARA ORAL TABLET (<i>momelotinib dihydrochloride</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
VONJO ORAL CAPSULE (<i>pacritinib citrate</i>)	3; OC	PA; QL (4 capsules per 1 day); OC
*LHRH ANALOGS*** - DRUGS FOR CANCER		
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>leuprolide mesylate (6 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 24 weekss)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 112 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 168 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable</i>	3	PA; QL (1 kit per 12 weeks); SP
<i>leuprolide acetate injection kit</i>	1 or 1b*	PA; SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	5	PA; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	3	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	5	PA; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	3	PA; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (4 month)</i>)	3	PA; QL (1 kit per 112 days); SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; QL (1 syringe kit per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (<i>triptorelin pamoate</i>)	3	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG (<i>goserelin acetate</i>)	3	PA; QL (1 EA per 84 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG (<i>goserelin acetate</i>)	3	PA; QL (1 unit per 28 days); SP
*MITOTIC INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>paclitaxel protein-bound part</i>)	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	PA; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; SP
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>docetaxel</i>)	3	PA; SP
<i>eribulin mesylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA; SP
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>etoposide phosphate</i>)	3	SP
<i>etoposide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>etoposide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	SP; OC
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eribulin mesylate</i>)	3	PA; SP
IXEMPRA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ixabepilone</i>)	3	PA; SP
JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cabazitaxel</i>)	3	PA; LD; SP
<i>paclitaxel intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
<i>vinblastine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>vincristine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
*MYELOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
COSELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trilaciclib dihydrochloride</i>)	3	PA
*NITROGEN MUSTARDS AND RELATED ANALOGUES*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/5ml</i>	3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/5ML, 500 MG/2.5ML	3	SP
CYCLOPHOSPHAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION 2 GM/10ML	3	
<i>cyclophosphamide intravenous solution 500 mg/ml</i>	3	
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	SP; OC
CYCLOPHOSPHAMIDE ORAL TABLET	3; OC	OC
EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	LD; SP
HEPZATO W/50MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>melphalan hcl</i>)	3	
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ifosfamide</i>)	3	SP
<i>ifosfamide intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	SP
IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	SP
LEUKERAN ORAL TABLET (<i>chlorambucil</i>)	2; OC	OC
<i>melphalan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
*NITROSOUREAS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>carmustine intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (<i>lomustine</i>)	3; OC	PA; SP; OC
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER (<i>carmustine in polifeprosan</i>)	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>streptozocin</i>)	3	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imetelstat sodium</i>)	3	PA
*ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
IWILFIN ORAL TABLET (<i>eflornithine hcl</i>)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); OC
*OTOPROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sodium thiosulfate</i>)	3	PA
*PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>copanlisib hcl</i>)	3	PA
COPIKTRA ORAL CAPSULE (<i>duvelisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>alpelisib</i>)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYDELIG ORAL TABLET (<i>idelalisib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
*POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
LYNPARZA ORAL TABLET (<i>olaparib</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET (<i>rucaparib camsylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE (<i>talazoparib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ZEJULA ORAL TABLET (<i>niraparib tosylate</i>)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
*PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml</i>	1 or 1b*; OC	OC
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	1 or 1b*; OC	OC
*RETINOIDS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>tretinoin oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS*** - DRUGS FOR CANCER		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG (<i>elacestrant hydrochloride</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (<i>elacestrant hydrochloride</i>)	3; OC	PA; QL (3 tablets per 1 day); OC
*SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>bexarotene oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
*TETRAHYDROISOQUINOLINES*** - DRUGS FOR CANCER		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>trabectedin</i>)	3	LD; SP
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX*** - DRUGS FOR CANCER		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sacituzumab govitecan-hziy</i>)	3	PA
*TOPOISOMERASE I INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>irinotecan hcl</i>)	3	SP
HYCAMPIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>topotecan hcl</i>)	3	SP
HYCAMPIN ORAL CAPSULE (<i>topotecan hcl</i>)	2; OC	PA; SP; OC
<i>irinotecan hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (<i>irinotecan hcl liposome</i>)	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	SP
<i>topotecan hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
*URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER		
<i>mesna intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>mesna</i>)	3	PA
MESNEX ORAL TABLET (<i>mesna</i>)	2	PA
*VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER		
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab</i>)	3	PA; LD; SP
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ramucirumab</i>)	3	PA; LD; SP
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG (<i>fruquintinib</i>)	3; OC	PA; QL (84 capsules per 28 days); OC
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG (<i>fruquintinib</i>)	3; OC	PA; QL (21 capsules per 28 days); OC
INLYTA ORAL TABLET 1 MG (<i>axitinib</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INLYTA ORAL TABLET 5 MG (<i>axitinib</i>)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (60 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (90 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (30 capsules per 30 days); SP; OC
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>lenvatinib mesylate</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 pack per 30 days); SP; OC
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bevacizumab-awwb</i>)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ziv-aflibercept</i>)	3	PA; LD; SP
ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR PARKINSON		
NOURIANZ ORAL TABLET (<i>istradefylline</i>)	5	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
*ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>benztropine mesylate injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>benztropine mesylate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	
*ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>amantadine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>bromocriptine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (<i>levodopa</i>)	5	PA; QL (5 kits per 30 days)
OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>amantadine hcl</i>)	3	PA; DO
PARLODEL ORAL CAPSULE (<i>bromocriptine mesylate</i>)	3	
PARLODEL ORAL TABLET (<i>bromocriptine mesylate</i>)	3	
*ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG (<i>rasagiline mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>selegiline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>selegiline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG (<i>safinamide mesylate</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>selegiline hcl</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
TASMAR ORAL TABLET (<i>tolcapone</i>)	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
<i>tolcapone oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
*DECARBOXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET (<i>carbidopa</i>)	3	
*LEVODOPA COMBINATIONS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	
DHIVY ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET (<i>carbidopa-levodopa</i>)	3	
*NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>apomorphine hcl</i>)	5	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge</i>	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>pramipexole dihydrochloride</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>rotigotine</i>)	3	QL (1 patch per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>ropinirole hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PERIPHERAL COMT INHIBITORS*** - DRUGS FOR PARKINSON		
<i>entacapone oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG (<i>opicapone</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG (<i>opicapone</i>)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIMANIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium carbonate oral capsule 600 mg</i>	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>lithium carbonate oral tablet</i>	1 or 1a*	DO
<i>lithium oral solution</i>	1 or 1b*	
*ANTIPSYCHOTICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG (<i>lumateperone tosylate</i>)	3	ST; DO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG (<i>lumateperone tosylate</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)
EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (<i>carbamazepine (antipsychotic)</i>)	3	QL (5 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ziprasidone mesylate</i>)	3	AL; QL (6 vials per 28 days)
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	AL
<i>lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>lurasidone hcl oral tablet 60 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE (<i>pimavanserin tartrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (<i>pimavanserin tartrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG (<i>cariprazine hcl</i>)	3	ST; DO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG (<i>cariprazine hcl</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 capsules per 1 day)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</i>	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 (<i>iloperidone</i>)	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (<i>iloperidone</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (<i>iloperidone</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 year)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (3.5 mL per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (5 mL per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (0.88 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1.32 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (1.75 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML (<i>paliperidone palmitate</i>)	3	AL; QL (2.63 mL per 90 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>risperidone</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 injections 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>risperidone oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*BUTYROPHENONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML (<i>haloperidol decanoate</i>)	3	AL; QL (5 injections per 30 days)
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/ML (<i>haloperidol decanoate</i>)	3	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
<i>haloperidol lactate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
*DIBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (<i>clozapine</i>)	3	AL; QL (18 mL per 1 day)
*DIBENZO-OXEPINO PYRROLES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>asenapine</i>)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
*DIBENZOTHIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>quetiapine fumarate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
*DIBENZOXAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>loxapine</i>)	3	AL
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>loxapine succinate oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
*DIHYDROINDOLONES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>molindone hcl oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*PHENOTHIAZINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>chlorpromazine hcl injection solution</i>	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)
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>compro rectal suppository</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine decanoate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>fluphenazine hcl oral concentrate</i>	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral elixir</i>	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>fluphenazine hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>perphenazine oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
<i>perphenazine oral tablet 8 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>prochlorperazine edisylate injection solution</i>	1 or 1b*	AL
<i>prochlorperazine maleate oral tablet</i>	1 or 1a*	AL
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	1 or 1b*	AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>thioridazine hcl oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	AL; 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
*QUINOLINONE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole</i>)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>aripiprazole</i>)	3	AL; QL (1 injection per 30 days)
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; DO
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 30 MG (<i>aripiprazole w/ sens-strip-pod</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aripiprazole oral solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 kit per 60 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML (<i>aripiprazole lauroxil</i>)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (<i>brexpiprazole</i>)	3	ST; DO
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (<i>brexpiprazole</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted</i>	1 or 1b*	AL; QL (3 injections per 1 fill)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 20 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG (<i>olanzapine pamoate</i>)	3	AL; QL (2 injections 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG (<i>olanzapine pamoate</i>)	3	AL; QL (1 injections per 28 days)
*THIOXANTHENES*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>thiothixene oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (6 capsules per 1 day)
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
*ANTISEPTICS & DISINFECTANTS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS		
<i>formaldehyde external solution 10 %</i>	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		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
BIKTARVY ORAL TABLET (<i>bictegravir-emtricitab-tenofovir</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML (<i>cabotegravir & rilpivirine</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML (<i>cabotegravir & rilpivirine</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 60 days)
CIMDUO ORAL TABLET (<i>lamivudine-tenofovir</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET (<i>doravirin-lamivudine-tenofovir df</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (<i>emtricitabine-tenofovir af</i>)	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (<i>dolutegravir-lamivudine</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir df oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
EVOTAZ ORAL TABLET (<i>atazanavir-cobicistat</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofaf</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
JULUCA ORAL TABLET (<i>dolutegravir-rilpivirine</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
KALETRA ORAL SOLUTION (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	QL (16 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	QL (10 tablets per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>lopinavir-ritonavir</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
ODEFSEY ORAL TABLET (<i>emtricitab- rilpivir-tenofof af</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (<i>elviteg-cobic-emtricit-tenofof</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET (<i>darun-cobic-emtricit-tenofof</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (<i>abacavir-dolutegravir-lamivud</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	QL (6 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>lenacapavir sodium</i>)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lenacapavir sodium</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
*ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR)*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>maraviroc oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL SOLUTION (<i>maraviroc</i>)	3	QL (62 mL per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET (<i>maraviroc</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ibalizumab-uiyk</i>)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days)
*ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>enfuvirtide</i>)	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 (<i>fostemsavir tromethamine</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE (<i>cabotegravir</i>)	3	LD; QL (1 vial per 2 monthss)
ISENTRESS HD ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (<i>raltegravir potassium</i>)	3	QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (<i>dolutegravir sodium</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (<i>dolutegravir sodium</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
APTIVUS ORAL CAPSULE (<i>tipranavir</i>)	2	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>atazanavir sulfate oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fosamprenavir calcium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET (<i>ritonavir</i>)	3	QL (12 packets per 1 day)
NORVIR ORAL TABLET (<i>ritonavir</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (<i>darunavir</i>)	2	QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (<i>darunavir</i>)	2	QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (<i>darunavir</i>)	2	QL (10 tablets per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	3	QL (2 capsules per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG (<i>atazanavir sulfate</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (<i>atazanavir sulfate</i>)	2	QL (5 packets per 1 day)
<i>ritonavir oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	2	QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (<i>nelfinavir mesylate</i>)	2	QL (4 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EDURANT ORAL TABLET (<i>rilpivirine hcl</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>efavirenz oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
<i>etravirine oral tablet 200 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (<i>etravirine</i>)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (<i>etravirine</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (<i>etravirine</i>)	2	PA; QL (16 tablets per 1 day)
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nevirapine oral suspension</i>	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nevirapine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
PIFELTRO ORAL TABLET (<i>doravirine</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>abacavir sulfate oral solution</i>	1 or 1b*	QL (32 mL per 1 day)
<i>abacavir sulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ZIAGEN ORAL SOLUTION (<i>abacavir sulfate</i>)	3	QL (32 mL per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>emtricitabine oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL CAPSULE (<i>emtricitabine</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (<i>emtricitabine</i>)	2	QL (29 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL SOLUTION (<i>lamivudine</i>)	3	QL (32 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG (<i>lamivudine</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 300 MG (<i>lamivudine</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral solution</i>	1 or 1b*	QL (32 mL per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zidovudine</i>)	2	
RETROVIR ORAL CAPSULE (<i>zidovudine</i>)	3	QL (6 capsules per 1 day)
RETROVIR ORAL SYRUP (<i>zidovudine</i>)	3	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>zidovudine oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (64 mL per 1 day)
<i>zidovudine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	2	QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
*ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
TYBOST ORAL TABLET (<i>cobicistat</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIVIRAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>nirmatrelvir-ritonavir</i>)	3	QL (1 pack per 90 days)
*CMV AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>cidofovir intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>foscarnet sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>foscarnet sodium</i>)	3	
GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION	5	SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	5	SP
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (<i>maribavir</i>)	5	PA; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>letermovir</i>)	5	PA; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET (<i>letermovir</i>)	5	PA; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>valganciclovir hcl</i>)	3	
VALCYTE ORAL TABLET (<i>valganciclovir hcl</i>)	3	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*HEPATITIS B AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>adefovir dipivoxil oral tablet</i>	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (<i>entecavir</i>)	5	PA; QL (20 mL per 1 day)
<i>entecavir oral tablet</i>	4	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET (<i>tenofovir alafenamide fumarate</i>)	5	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
*HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (<i>sofosbuvir-velpatasvir</i>)	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; QL (2 packets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (<i>ledipasvir-sofosbuvir</i>)	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (<i>sofosbuv-velpatasv-voxilaprev</i>)	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*HEPATITIS C AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	4	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>peginterferon alfa-2a</i>)	4	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
<i>ribavirin oral capsule</i>	4	QL (6 capsules per 1 day); SP
<i>ribavirin oral tablet</i>	4	QL (6 tablets per 1 day); SP
*HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>acyclovir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)
*HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
<i>famciclovir oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
*INFLUENZA AGENTS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>rimantadine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*MISC. ANTIVIRALS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (<i>molnupiravir</i>)	3	QL (40 capsules per 90 days)
TEMBEXA ORAL SUSPENSION (<i>brincidofovir</i>)	3	
TEMBEXA ORAL TABLET (<i>brincidofovir</i>)	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tecovirimat</i>)	3	
TPOXX ORAL CAPSULE (<i>tecovirimat</i>)	3	
*NEURAMINIDASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (180 mL per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>peramivir</i>)	3	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (<i>zanamivir</i>)	2	QL (1 unit per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (20 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (10 capsule 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>oseltamivir phosphate</i>)	3	QL (180 mL per 90 days)
*PA ENDONUCLEASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>baloxavir marboxil</i>)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
*RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES*** - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS		
<i>ribavirin inhalation solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ribavirin</i>)	3	
BETA BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART		
*ALPHA-BETA BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml</i>	3	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>labetalol hcl oral tablet 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
*BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acebutolol hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>atenolol oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>betaxolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet</i>	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NA CL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl</i>)	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>)	3	
<i>esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml</i>	1 or 1b*	
ESMOLOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/100ML, 2500 MG/250ML	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE (<i>metoprolol succinate</i>)	3	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoprolol tartrate oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>nebivolol hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
*BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (<i>propranolol hcl</i>)	3	
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>propranolol hcl sr beads</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nadolol oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>pindolol oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>propranolol hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>propranolol hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>propranolol hcl oral tablet 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl (af) oral tablet</i>	1 or 1b*	
SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SOTYLIZE ORAL SOLUTION (<i>sotalol hcl</i>)	3	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>timolol maleate oral tablet 5 mg</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKERS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>nicardipine hcl in nacl</i>)	3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (<i>diltiazem hcl</i>)	3	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION (<i>clevipidine</i>)	3	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	3	ST; DO
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG (<i>levamlodipine maleate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl intravenous solution</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DILTIAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
<i>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>isradipine oral capsule 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
KATERZIA ORAL SUSPENSION (<i>amlodipine benzoate</i>)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
<i>levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	ST; DO
<i>levamlodipine maleate oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nicardipine hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
<i>nicardipine hcl oral capsule 30 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
<i>nimodipine oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsule per 1 day)
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NORLIQVA ORAL SOLUTION (<i>amlodipine besylate</i>)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
NYMALIZE ORAL SOLUTION (<i>nimodipine</i>)	3	QL (60 mL per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (<i>nifedipine</i>)	3	DO

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG (<i>verapamil hcl</i>)	3	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIOTONICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARDIAC GLYCOSIDES*** - DRUGS FOR THE HEART		
<i>digoxin injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>digoxin oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg</i>	1 or 1b*	DO
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	3	
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (<i>digoxin</i>)	2	
*INOTROPES*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>dobutamine hcl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DOBUTAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>milrinone lactate in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>milrinone lactate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE HEART		
*CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>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</i>	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (<i>amlodipine-atorvastatin</i>)	3	DO
*CARDIAC MYOSIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART		
CAMZYOS ORAL CAPSULE (<i>mavacamten</i>)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
*IMPOTENCE AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE HEART		
IFE-BIMIX 30/1 INTRACAVERNOSAL SOLUTION (<i>papaverine-phentolamine</i>)	3	
*NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>sacubitril-valsartan</i>)	3	QL (8 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENTRESTO ORAL TABLET (<i>sacubitril-valsartan</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
*NITRATE & VASODILATOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
BIDIL ORAL TABLET (<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
<i>isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
*PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CHOLESTEROL		
OPSYNVI ORAL TABLET (<i>macitentan-tadalafil</i>)	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
*PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS*** - DRUGS FOR THE HEART		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT (<i>alprostadil (vasodilator)</i>)	3	PA
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alprostadil (vasodilator)</i>)	3	PA
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT (<i>alprostadil (vasodilator)</i>)	3	PA
*PROSTAGLANDIN VASODILATORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted</i>	4	PA; LD; SP
FOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>epoprostenol sodium</i>)	5	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>treprostinil diolamine</i>)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>treprostinil diolamine</i>)	5	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	5	PA; LD; SP
<i>treprostinil injection solution</i>	4	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (<i>treprostinil</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (<i>treprostinil</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit 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 11/01/2024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (<i>dehydrated alcohol</i>)	3	
*SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
CORLANOR ORAL SOLUTION (<i>ivabradine hcl</i>)	3	PA; QL (4 ampules per 1 day)
<i>ivabradine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*TRANSTHYRETIN STABILIZERS*** - DRUGS FOR THE HEART		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (<i>tafamidis</i>)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (<i>tafamidis meglumine (cardiac)</i>)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
*VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)*** - DRUGS FOR ANGINA		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (<i>vericiguat</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VERQUVO ORAL TABLET 2.5 MG (<i>vericiguat</i>)	3	PA; QL (1 tablets per 1 day)
CEPHALOSPORINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*CEPHALOSPORIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftazidime-avibactam</i>)	3	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftolozane-tazobactam</i>)	3	
*CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefadroxil oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefadroxil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	3	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	1 or 1b*	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 3-4 gm/150ml-%</i>	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cephalexin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>cephalexin oral tablet</i>	1 or 1a*	
*CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
<i>cefaclor oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefotetan disodium</i>)	3	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefprozil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefdinir oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cefixime oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted</i>	3	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (3000 mL per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 fills)
CEFTRIAZONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL (1 vial per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 fills)
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 days)
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
CEFTRIAZONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (60 IV Bags per 30 days)
<i>tazicef injection solution reconstituted</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ceftazidime sodium in dextrose</i>)	3	
<i>tazicef intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	1 or 1b*	
CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
*CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION*** - ANTIBIOTICS		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ceftaroline fosamil</i>)	3	
*CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES*** - ANTIBIOTICS		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cefiderocol sulfate tosylate</i>)	3	
CONTRACEPTIVES - DRUGS FOR WOMEN		
*BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>azurette oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kariva oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (<i>norethin-eth estrad-fe biphas</i>)	2	\$0
<i>pimtrea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simliya oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>viorele oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>volnea oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>afirmelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>altavera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>alyacen 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>apri oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aubra eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aurovela fe 1.5/30 oral tablet</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>aurovela fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aviane oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ayuna oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BALCOLTRA ORAL TABLET (<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i>)	3	
<i>balziva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
BEYAZ ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	3	
<i>blisovi 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>blisovi fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>briellyn oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>charlotte 24 fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>chateal eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cryselle-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cyred eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>delyla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>elinest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enskyce oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>estarylla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>falmina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
FEMLYV ORAL TABLET DISPERSIBLE (<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>)	3	\$0
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> (Finzala Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; \$0	
<i>gemmily oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hailey 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>hailey fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>isibloom oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>jasmiel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad-fe bisg</i> (Joyeaux Oral Tablet)	1 or 1b*; \$0	
<i>juleber oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel 1.5/30 oral tablet</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>junel 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>junel fe 24 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kaitlib fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kalliga oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kelnor 1/50 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kurvelo oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>larin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>layolis fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lessina oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levora 0.15/30 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1.5/30 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin 1/20 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loestrin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>loryna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>low-ogestrel oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>lo-zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lutra oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>marlissa oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>merzee oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1.5/30 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>microgestin fe 1/20 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>mili oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>mono-lynah oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>necon 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET (<i>drospirenone-estetrol</i>)	3	\$0
<i>nikki oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 0.5/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (21) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nortrel 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>nylia 1/35 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ocella oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>philith oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>portia-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>reclipsen oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
SAFYRAL ORAL TABLET (<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>)	3	
<i>sprintec 28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sronyx oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>syeda oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tarina 24 fe oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tarina fe 1/20 eq oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>taysofy oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE (<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>)	3	
<i>norgestrel-ethinyl estradiol</i> (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; \$0	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE (<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>)	3	\$0
<i>tydemy oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vestura oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vienva oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vyfemla oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>vylibra oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wera oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>wymzya fe oral tablet chewable</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YASMIN 28 ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	3	
YAZ ORAL TABLET (<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>)	3	
<i>zovia 1/35 (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>zumandimine oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>levonorgestrel-eth estradiol</i>)	3	\$0
<i>xulane transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>zafemy transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*; \$0	
*COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
ANNOVERA VAGINAL RING (<i>segesterone-ethinyl estradiol</i>)	3	\$0
<i>eluryng vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Enilloring Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> (Haloette Vaginal Ring)	1 or 1b*; \$0	
NUVARING VAGINAL RING (<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>)	3	
*CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>amethyst oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dolishale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg</i>	1 or 1b*; \$0	
*COPPER CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>copper</i>)	3	
*EMERGENCY CONTRACEPTIVES*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>aftera oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>afterpill oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
CURAE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>econtra one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ELLA ORAL TABLET (<i>ulipristal acetate</i>)	3; \$0	
HER STYLE ORAL TABLET (<i>levonorgestrel</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgestrel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my choice oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>my way oral tablet</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>new day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>opcicon one-step oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>option 2 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>react oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>take action oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>ashlyna oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>camrese oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daysee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>iclevia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>introvale oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jolessa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lojaimiess oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>rivelsa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>setlakin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>simpesse oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
NATAZIA ORAL TABLET (<i>estradiol valerate-dienogest</i>)	3	\$0
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS*** - BIRTH CONTROL PILLS		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (<i>etonogestrel</i>)	5	SP
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE*** - BIRTH CONTROL PILLS		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD*** - BIRTH CONTROL PILLS		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	5	SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (<i>levonorgestrel</i>)	3	SP
*PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>camila oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>deblitane oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone</i> (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; \$0	
<i>errin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>heather oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>incassia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>jencycla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyleq oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lyza oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nora-be oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norethindrone oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norlyroc oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
OPILL ORAL TABLET (<i>norgestrel</i>)	2; \$0	
<i>sharobel oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
SLYND ORAL TABLET (<i>drospirenone</i>)	3	\$0
*TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL*** - BIRTH CONTROL PILLS		
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>aranelle oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>dasetta 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>enpresse-28 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>leena oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonest oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nortrel 7/7/7 oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>nylia 7/7/7 oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tilia fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-legest fe oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-linyah oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-estarylla oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-marzia oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-lo-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-mili oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-sprintec oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>trivora (28) oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>tri-vylibra lo oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tri-vylibra oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>velivet oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
CORTICOSTEROIDS - HORMONES		
*GLUCOCORTICOSTEROIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
ALKINDI SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (<i>hydrocortisone</i>)	3	PA
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles</i>	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
CORTEF ORAL TABLET (<i>hydrocortisone</i>)	3	
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (<i>methylprednisolone acetate</i>)	3	
DEXABLISS ORAL TABLET THERAPY PACK	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>dexamethasone</i>)	2	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>dexamethasone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phos +rfid injection solution prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION 4 MG/ML	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	1 or 1b*	
HEMADY ORAL TABLET (<i>dexamethasone</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
HEXATRIONE INTRA-ARTICULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone hexacetonide</i>)	3	
<i>hidex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>hydrocortisone sod succ (pf) injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
KENALOG-10 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
KENALOG-40 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (<i>methylprednisolone</i>)	3	
MEDROL ORAL TABLET 2 MG (<i>methylprednisolone</i>)	2	
MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>methylprednisolone</i>)	3	
<i>methylprednisolone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	DO
PEDIAPRED ORAL SOLUTION (<i>prednisolone sodium phosphate</i>)	3	
<i>prednisolone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisolone oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg</i>	1 or 1a*	DO
PREDNISON INTENSOL ORAL CONCENTRATE (<i>prednisone</i>)	3	
<i>prednisone oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	1 or 1a*	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hydrocortisone sod succinate</i>)	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methylprednisolone sodium succ</i>)	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methylprednisolone sodium succ</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>taperdex 12-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>taperdex 6-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
<i>taperdex 7-day oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>budesonide</i>)	5	PA; QL (4 capsules per 1 day)
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>budesonide</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>triamcinolone acetonide</i>)	5	PA; QL (1 injection per 1 knee)
*MINERALOCORTICOIDS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
<i>fludrocortisone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INFLAMMATION		
BLT-25 INJECTION KIT (<i>triamcinolone & bupiv & lido</i>)	3	
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (<i>betamethasone sod phos & acet</i>)	3	
COUGH/COLD/ALLERGY - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
<i>benzonatate oral capsule</i>	1 or 1b*	
*ANTITUSSIVE - OPIOID*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
HYCODAN ORAL SOLUTION (<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>)	3	AL; QL (150 mL per 5 days)
HYCODAN ORAL TABLET (<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>)	3	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet</i>	1 or 1a*	PA; QL (30 tablets per 5 days)
<i>hydromet oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (150 mL per 5 days)
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANT - DECONGEST-ANALGESIC*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>cvs pe head cong + flu sev oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CODITUSSIN AC ORAL LIQUID	3	AL
<i>eq mucus relief dm max str oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>g tussin ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>guaifenesin-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID (<i>guaifenesin-codeine</i>)	2	AL
<i>maxi-tuss ac oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID (<i>guaifenesin-codeine</i>)	3	AL
*ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TUSNEL C ORAL SYRUP (<i>pseudoephedrine-codeine-gg</i>)	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 (<i>desloratadine-pseudoephedrine</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
<i>eq allergy relief d 12 hour oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
EQ ALLERGY RELIEF NASAL DECONG ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>cetirizine-pseudoephedrine</i>)	1 or 1b*	
<i>promethazine vc oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
<i>promethazine-phenylephrine oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (2 fills per 30 days)
*DECONGESTANT W/ EXPECTORANT*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>eq mucus relief d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>eq mucus-d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
*DECONGESTANT-ANALGESIC*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>eq sinus & cold-d oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
*MISC. RESPIRATORY INHALANTS*** - DRUGS FOR ALLERGIES		
HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 7 % (<i>sodium chloride</i>)	3	
<i>sodium chloride</i> (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride</i> (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)	1 or 1b*	
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution</i>	1 or 1b*	
*MUCOLYTICS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>acetylcysteine inhalation solution</i>	1 or 1b*	
*NON-NARC ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
NINJACOF ORAL LIQUID (<i>chlorphedianol-pyrimilamine</i>)	2	
<i>promethazine-dm oral syrup</i>	3	QL (2 fills per 30 days)
*NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
NINJACOF-D ORAL LIQUID (<i>pse-pyrimilamine-chlorphedianol</i>)	2	
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</i>	1 or 1b*	
*OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release</i>	1 or 1b*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
<i>promethazine-codeine oral solution</i>	1 or 1a*	AL; QL (100 mL per 5 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (<i>chlorpheniramine-codeine</i>)	3	AL; QL (10 tablets per 5 days)
*OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTI-HISTAMINE*** - DRUGS FOR COUGH AND COLD		
CAPCOF ORAL SYRUP	3	AL; QL (300 mL per 5 days)
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 (<i>phenyleph-dexchlorphen-codeine</i>)	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID (<i>pseudoeph-bromphen-cod</i>)	2	AL; QL (450 mL per 5 days)
DERMATOLOGICALS - DRUGS FOR THE SKIN		
*ACNE ANTIBIOTICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	ST; QL (4 mL per 1 day)
<i>clindacin etz external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate</i> (Clindacin External Foam)	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindacin-p external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
<i>clindamycin phosphate external swab</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
<i>dapsone external gel 5 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>dapsone external gel 7.5 %</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>ery external pad</i>	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
ERYGEL EXTERNAL GEL (<i>erythromycin</i>)	3	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>erythromycin external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
KLARON EXTERNAL LOTION (<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>)	3	
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</i>	1 or 1b*	
*ACNE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</i>	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>clindamycin-tretinoin external gel</i>	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
<i>neuc external gel</i>	1 or 1b*	QL (45 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ACNE PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin micronized</i>)	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE (<i>isotretinoin</i>)	3	PA
<i>accutane oral capsule</i>	2	PA
<i>adapalene external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
<i>adapalene external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>adapalene external pad</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (<i>trifarotene</i>)	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
<i>amnesteem oral capsule</i>	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION (<i>tazarotene</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>claravis oral capsule</i>	2	PA
<i>isotretinoin oral capsule</i>	2	PA
<i>tretinoin external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
<i>zenatane oral capsule</i>	2	PA
*AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (<i>sinecatechins</i>)	3	QL (30 grams per 28 days)
*AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
RENOVA EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin (facial wrinkles)</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (<i>tretinoin (facial wrinkles)</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
*ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
LITFULO ORAL CAPSULE (<i>ritlectinib tosylate</i>)	3	
*ANALGESICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>hav ez penetrating pain relief external gel</i>	2	
*ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (<i>neomycin-fluocinolone</i>)	3	
*ANTIBIOTICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
<i>mupirocin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 grams 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external lotion</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
<i>miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin-triamcinolone external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>)	3	QL (50 grams per 30 days)
*ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ciclodan external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>ciclopirox external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ciclopirox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>nystatin</i> (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 1 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external cream 2 %</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>naftifine hcl external gel</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL (<i>naftifine hcl</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>nyamyc external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystatin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>nystop external powder</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
*ANTIHISTAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TECNU RASH RELIEF EXTERNAL SOLUTION (<i>diphenhydramine hcl</i>)	1 or 1b*	
*ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (1000 gm per 30 days)
*ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (<i>mechlorethamine hcl (topical)</i>)	3	PA; QL (1 tube 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CARAC EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (30 gm per 365 days)
EFUDEX EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external cream</i>	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM (<i>fluorouracil</i>)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
*ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>diclofenac sodium external gel 3 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
*ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
PANRETIN EXTERNAL GEL (<i>alitretinoin</i>)	3	SP
*ANTIPRURITICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>doxepin hcl external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
*ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>acitretin oral capsule 25 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>secukinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
<i>methoxsalen rapid oral capsule</i>	1 or 1b*	SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>spesolimab-sbzo</i>)	5	PA; QL (2 vials per 1 year)
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>spesolimab-sbzo</i>)	5	PA; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ixekizumab</i>)	5	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/0.25ML, 40 MG/0.5ML (<i>ixekizumab</i>)	5	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML (<i>ixekizumab</i>)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds)
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (<i>guselkumab</i>)	4	PA; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds)
*ANTIPSORIATICS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external foam</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>calcitrene external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>calcitriol external ointment</i>	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
<i>tazarotene external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>tazarotene external gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 % (<i>tazarotene</i>)	2	QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (<i>tazarotene</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % (<i>roflumilast</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
*ANTISEBORRHEIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>selenium sulfide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
*ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
XERESE EXTERNAL CREAM (<i>acyclovir-hydrocortisone</i>)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
*ANTIVIRALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>acyclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
<i>acyclovir external ointment</i>	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DENAVIR EXTERNAL CREAM (<i>penciclovir</i>)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
<i>eq docosanol external cream</i>	1 or 1b*	
<i>penciclovir external cream</i>	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (<i>acyclovir</i>)	3	QL (30 gm per 30 days)
*ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (<i>ruxolitinib phosphate</i>)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
*ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE SKIN		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>dupilumab</i>)	4	PA; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>dupilumab</i>)	4	PA; SP
*BURN PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>mafenide acetate external packet</i>	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM (<i>silver sulfadiazine</i>)	3	
<i>silver sulfadiazine external cream</i>	1 or 1a*	
<i>ssd external cream</i>	1 or 1a*	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (<i>mafenide acetate</i>)	3	
*CORTICOSTEROIDS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>ala-cort external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
<i>amcinonide external cream</i>	3	QL (2 grams per 1 day)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external foam</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate emulsion external foam</i>	1 or 1b*	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>clobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external liquid</i>	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>clobetasol propionate external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>clobetasol propionate external solution</i>	1 or 1b*	QL (50 mL per 30 days)
<i>clocortolone pivalate external cream</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
<i>clodan external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
<i>desonide external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>desonide external gel</i>	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
<i>desonide external lotion</i>	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
<i>desonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external cream</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external gel</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>desoximetasone external liquid</i>	3	ST; QL (100 mL per 30 days)
<i>desoximetasone external ointment</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>diflorasone diacetate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external gel</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluocinonide external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>flurandrenolide external cream</i>	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
<i>flurandrenolide external lotion</i>	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>fluticasone propionate external lotion</i>	1 or 1b*	QL (120 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>halcinonide external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external lotion</i>	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
<i>hydrocortisone butyrate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone butyrate external solution</i>	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external cream</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>hydrocortisone valerate external ointment</i>	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external ointment</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>mometasone furoate external solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>tovet external foam</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external aerosol solution</i>	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %</i>	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
<i>triamcinolone in absorbase external ointment</i>	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
<i>triderm external cream</i>	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
*DEPIGMENTING COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (<i>fluocin-hydroquinone-tretinoin</i>)	3	
*EMOLLIENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CUTEMOL EXTERNAL CREAM (<i>emollient</i>)	2	
*ENZYMES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
NEXOBRID EXTERNAL GEL (<i>anacaulase-bcdb</i>)	3	PA; QL (440 grams per 2 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT (<i>collagenase</i>)	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
*EYELID CLEANSERS & LUBRICANTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
THERATEARS STERILID CLEANSER EXTERNAL SOLUTION (<i>eyelid cleansers</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>onabotulinumtoxinA (cosmetic)</i>)	5	PA
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>daxibotulinumtoxinA-lanm</i>)	5	PA
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prabotulinumtoxinA-xvfs (cosm)</i>)	3	
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>clotrimazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (113 grams per 30 days)
<i>econazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM (<i>econazole nitrate</i>)	3	ST; QL (70 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM (<i>sertaconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL CREAM (<i>sulconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (<i>sulconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (<i>efinaconazole</i>)	3	QL (8 mL per 30 days)
<i>ketoconazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>ketoconazole external shampoo</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
<i>ketodan external foam</i>	3	QL (100 grams per 30 days)
<i>luliconazole external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM (<i>luliconazole</i>)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>oxiconazole nitrate external cream</i>	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION (<i>oxiconazole nitrate</i>)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
<i>sulconazole nitrate external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (60 mL per 30 days)
*IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>imiquimod external cream 3.75 %</i>	1 or 1b*	QL (28 units per 28 days)
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	1 or 1b*	QL (48 packet per 365 days)
<i>imiquimod pump external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA EXTERNAL CREAM (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (28 units per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 2.5 % (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (1 pump bottle per 28 days)
ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM 3.75 % (<i>imiquimod</i>)	3	ST; QL (1 bottle 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
CONDYLOX EXTERNAL GEL (<i>podofilox</i>)	3	QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external gel</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)
<i>podofilox external solution</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANTH EXTERNAL SOLUTION (<i>cantharidin</i>)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
*LINIMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
*LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>burn gel external gel</i>	1 or 1b*	
<i>dyclopro external solution</i>	3	
<i>glydo external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Ii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
<i>lidocaine</i> (Tridacaine Iii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
HYFTOR EXTERNAL GEL (<i>sirolimus</i>)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)
<i>pimecrolimus external cream</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
<i>tacrolimus external ointment</i>	1 or 1b*	ST; QL (100 grams per 30 days)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)*** - DRUGS FOR THE SKIN		
SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT (<i>afamelanotide acetate</i>)	3	PA; QL (1 implant per 2 monthss)
*MICROTUBULE INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
KLISYRI EXTERNAL OINTMENT (<i>tirbanibulin</i>)	3	ST; QL (5 packets per 1 fill)
*MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
*MISC. TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
QBREXZA EXTERNAL PAD (<i>glycopyrronium tosylate</i>)	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
*OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>tavaborole external solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (<i>crisaborole</i>)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
*PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
AMELUZ EXTERNAL GEL (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	3	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>aminolevulinic acid hcl</i>)	3	
*PROSTAGLANDINS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>bimatoprost external solution</i>	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION (<i>bimatoprost</i>)	3	
*ROSACEA AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>azelaic acid external gel</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>brimonidine tartrate external gel</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
FINACEA EXTERNAL FOAM (<i>azelaic acid</i>)	2	QL (1.67 grams per 1 day)
<i>ivermectin external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
METROCREAM EXTERNAL CREAM (<i>metronidazole</i>)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external cream</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	1 or 1b*	QL (59 mL per 30 days)
MIRVASO EXTERNAL GEL (<i>brimonidine tartrate</i>)	3	QL (30 grams per 30 days)
RHOFADE EXTERNAL CREAM (<i>oxymetazoline hcl</i>)	3	QL (30 grams per 30 days)
SOOLANTRA EXTERNAL CREAM (<i>ivermectin</i>)	2	QL (45 grams per 30 days)
ZILXI EXTERNAL FOAM (<i>minocycline hcl micronized</i>)	2	QL (1 gram per 1 day)
*SCABICIDES & PEDICULICIDES*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>crotan external lotion</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>malathion external lotion</i>	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (<i>spinosad</i>)	3	QL (120 mL per 7 days)
OVIDE EXTERNAL LOTION (<i>malathion</i>)	3	QL (4 mL per 1 day)
<i>permethrin external cream</i>	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
<i>spinosad external suspension</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 7 days)
*SCAR TREATMENT PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
COPASIL EXTERNAL GEL (<i>scar treatment products</i>)	3	
*SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN		
ESKATA EXTERNAL SOLUTION (<i>hydrogen peroxide</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
EPIFOAM EXTERNAL FOAM (<i>pramoxine-hc</i>)	3	
PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (<i>pramoxine-hc</i>)	2	
PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (<i>pramoxine-hc</i>)	2	
*TAR PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>coal tar external solution</i>	1 or 1b*	
*TISSUE REPLACEMENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM (<i>umbilical cord allograft</i>)	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK (<i>amniotic membrane allograft</i>)	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 (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic memb-fluid allograft</i>)	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (<i>amniotic fluid allograft</i>)	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (<i>amniotic membrane allograft</i>)	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM (<i>skin allograft (human)</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (<i>lidocaine hcl-blood collection</i>)	3	
*TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>bexarotene external gel</i>	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days); SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL (<i>bexarotene</i>)	3	PA; QL (60 grams per 30 days); SP
*TOPICAL STEROID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>calcipotriene-betameth diprop external ointment</i>	2	ST; QL (400 grams per 28 days)
<i>calcipotriene-betameth diprop external suspension</i>	2	ST; QL (420 grams per 28 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION (<i>halobetasol prop-tazarotene</i>)	3	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	3	QL (420 grams per 28 days)
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (<i>calcipotriene-betameth diprop</i>)	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
*TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>finasteride oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	
PROPECIA ORAL TABLET (<i>finasteride</i>)	3	
*VASCULAR AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
<i>eq hair regrowth for women external foam</i>	1 or 1b*	
*WOUND CARE - GROWTH FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN		
REGNANEX EXTERNAL GEL (<i>becaplermin</i>)	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 (<i>birch triterpenes</i>)	5	PA
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (<i>hydroactive dressings</i>)	3	
MEPILEX BORDER FLEX/CM EXTERNAL PAD (<i>wound dressings</i>)	2	
DIAGNOSTIC PRODUCTS		
*DIAGNOSTIC TESTS***		
ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCU-CHEK GUIDE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (<i>glucose blood</i>)	2	QL (204 strips per 30 days)
DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*NUTRITIONAL SUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT 1.2 ENTERAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	2	
KATE FARMS RENAL SUPPORT 1.8 ENTERAL LIQUID (<i>nutritional supplements</i>)	2	
NEOCATE SYNEO JUNIOR ORAL POWDER (<i>nutritional supplements</i>)	2	
DIGESTIVE AIDS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*DIGESTIVE ENZYME COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>lipase concentrate-hp oral capsule</i>	2	
*DIGESTIVE ENZYMES*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	2	QL (25 capsules per 1 day)
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
SUCRAID ORAL SOLUTION (<i>sacrosidase</i>)	5	PA; QL (360 mL per 30 days)
VIOKACE ORAL TABLET (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	3	QL (25 tablets per 1 day)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (<i>pancrelipase (lip-prot-amyl)</i>)	2	QL (25 capsules per 1 day)
DIURETICS - DRUGS FOR THE HEART		
*CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>acetazolamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>acetazolamide sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>dichlorphenamide oral tablet</i>	4	PA; QL (4 tablet per 1 day)
<i>methazolamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>dichlorphenamide</i> (Ormalvi Oral Tablet)	4	PA; QL (4 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*DIURETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>spironolactone-hctz oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>triamterene-hctz oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>triamterene-hctz oral tablet</i>	1 or 1a*	
*LOOP DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>bumetanide injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>bumetanide oral tablet</i>	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET (<i>bumetanide</i>)	3	
EDECIN ORAL TABLET (<i>ethacrynic acid</i>)	3	
<i>ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ethacrynic acid oral tablet</i>	1 or 1b*	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT (<i>furosemide</i>)	5	PA; QL (6 kits per 30 days)
<i>furosemide injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>furosemide oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>furosemide oral tablet</i>	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET (<i>furosemide</i>)	3	
<i>torseamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
*OSMOTIC DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>mannitol intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>osmitrol intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*POTASSIUM SPARING DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
ALDACTONE ORAL TABLET (<i>spironolactone</i>)	3	
<i>amiloride hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
CAROSPIR ORAL SUSPENSION (<i>spironolactone</i>)	3	
<i>spironolactone oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>spironolactone oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>triamterene oral capsule</i>	1 or 1b*	
*THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS*** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE		
<i>chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>chlorthalidone oral tablet</i>	1 or 1a*	
DIURIL ORAL SUSPENSION (<i>chlorothiazide</i>)	3	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrochlorothiazide oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>indapamide oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>metolazone oral tablet</i>	1 or 1b*	
THALITONE ORAL TABLET (<i>chlorthalidone</i>)	3	
ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC. - HORMONES		
*ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
MIFEPREX ORAL TABLET (<i>mifepristone</i>)	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>mifepristone oral tablet 200 mg</i>	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 (<i>olipudase alfa-rpcp</i>)	5	PA; LD; SP
*ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
REVCIVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>elapegademase-lvtr</i>)	5	PA
*ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>velmanase alfa-tycv</i>)	5	PA
*BISPHOSPHONATES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (0.04 tablets per 1 day)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
<i>alendronate sodium oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10.72 mg per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
AELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>risedronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (<i>alendronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET (<i>alendronate sodium</i>)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (<i>alendronate-cholecalciferol</i>)	2	QL (0.15 tablets per 1 day)
<i>ibandronate sodium intravenous solution</i>	4	
<i>ibandronate sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	4	SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	4	SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (<i>zoledronic acid</i>)	5	PA; QL (100 mL per 375 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
<i>zoledronic acid intravenous concentrate</i>	1 or 1b*	PA; SP
ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML	4	PA; SP
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	4	PA; QL (100 mL per 375 days); SP
*CALCIMIMETIC AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	4	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	4	PA; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etelcalcetide hcl</i>)	5	PA; LD
*CALCITONINS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitonin (salmon) injection solution</i>	4	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (<i>calcitonin (salmon)</i>)	5	
*CARNITINE REPLENISHER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR ORAL TABLET (<i>levocarnitine</i>)	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION (<i>levocarnitine</i>)	3	
<i>levocarnitine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levocarnitine sf oral solution</i>	1 or 1b*	
*CKD AGENT-SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XPHOZAH ORAL TABLET (<i>tenapanor hcl (ckd)</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*CORTICOTROPIN*** - HORMONES		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (<i>corticotropin</i>)	4	PA; SP
ACTHAR INJECTION GEL (<i>corticotropin</i>)	4	PA; LD; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (<i>corticotropin</i>)	4	PA; LD; SP
*CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS*** - HORMONES		
ISTURISA ORAL TABLET (<i>osilodrostat phosphate</i>)	5	PA; 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cabergoline oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
*FABRY DISEASE - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pegunigalsidase alfa-iwxj</i>)	5	PA; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>agalsidase beta</i>)	5	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (<i>migalastat hcl</i>)	5	PA; QL (14 capsules per 30 days)
*GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alglucosidase alfa</i>)	5	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>avalglucosidase alfa-ngpt</i>)	5	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (<i>miglustat (gaa deficiency)</i>)	5	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cipaglucosidase alfa-atga</i>)	5	PA; LD; SP
*GNRH/LHRH ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>cetorelix acetate subcutaneous kit</i>	4	PA; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (<i>cetorelix acetate</i>)	5	PA; SP
<i>fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; SP
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (<i>elagolix sodium</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG (<i>elagolix sodium</i>)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR GROWTH		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pegvisomant</i>)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
*GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH)*** - DRUGS FOR GROWTH		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tesamorelin acetate</i>)	5	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
*GROWTH HORMONES*** - DRUGS FOR GROWTH		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (<i>somatropin</i>)	4	PA; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (<i>somatropin</i>)	4	PA; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (<i>somatropin</i>)	4	PA; QL (1 vial per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (<i>somatropin</i>)	4	PA; QL (1 injection per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>somatropin</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (<i>somatropin (non-refrigerated)</i>)	5	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (<i>lonapegsomatropin-tcgd</i>)	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 (<i>lonapegsomatropin-tcgd</i>)	4	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
*HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
XURIDEN ORAL PACKET (<i>uridine triacetate</i>)	3	PA; QL (4 packets per 1 day)
*HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	4	PA; SP
<i>nitisinone oral capsule 20 mg</i>	4	PA
NITYR ORAL TABLET (<i>nitisinone</i>)	5	PA
ORFADIN ORAL CAPSULE (<i>nitisinone</i>)	5	PA
ORFADIN ORAL SUSPENSION (<i>nitisinone</i>)	5	PA
*HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>betaine oral powder</i>	1 or 1b*	
CYSTADANE ORAL POWDER (<i>betaine</i>)	3	
*HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>carglumic acid oral tablet soluble</i>	4	PA
*HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>calcitriol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
<i>calcitriol oral solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>doxercalciferol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>doxercalciferol</i>)	3	PA
<i>paricalcitol intravenous solution</i>	1 or 1b*	PA
<i>paricalcitol oral capsule</i>	1 or 1b*	PA
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>calcifediol</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (<i>paricalcitol</i>)	3	PA
*HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>asfotase alfa</i>)	5	PA
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)*** - DRUGS FOR THYROID		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>teprotumumab-trbw</i>)	5	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)
*INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS)*** - HORMONES		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>mecasermin</i>)	5	PA; LD; SP
*LEPTIN ANALOGUES*** - HORMONES		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>metreleptin</i>)	5	PA; QL (1 vial per 1 day)
*LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	5	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (<i>leuprolide acetate</i>)	5	PA; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	5	PA; QL (1 kit per 12 weekss); SP
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (<i>leuprolide acetate (3 month)</i>)	5	PA; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (<i>leuprolide acetate (6 month)</i>)	5	PA; QL (1 kit per 24 weekss); SP
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (<i>histrelin acetate</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (<i>nafarelin acetate</i>)	5	PA; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>triptorelin pamoate</i>)	5	PA; QL (1 vial per 168 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sebelipase alfa</i>)	3	PA; LD; SP
*MOLYBDENUM COFACTOR DEFICIENCY (MOCD) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NULIBRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fosdenopterin hydrobromide</i>)	5	PA
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>laronidase</i>)	5	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>idursulfase</i>)	5	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>elosulfase alfa</i>)	5	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>galsulfase</i>)	5	PA; LD; SP
*MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vestronidase alfa-vjvk</i>)	5	PA
*NATRIURETIC PEPTIDES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vosoritide</i>)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
*NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
VEOZAH ORAL TABLET (<i>fezolinetant</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
KERENDIA ORAL TABLET (<i>finerenone</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>follitropin alfa</i>)	4	PA; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>follitropin alfa</i>)	4	PA; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>follitropin alfa</i>)	4	PA; 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>menotropins</i>)	5	PA; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chorionic gonadotropin</i>)	5	PA; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>choriogonadotropin alfa</i>)	5	PA; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chorionic gonadotropin</i>)	5	PA; SP
*OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC*** - DRUGS FOR WOMEN		
CLOMID ORAL TABLET (<i>clomiphene citrate</i>)	1 or 1b*	PA
*PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>teriparatide</i>)	4	QL (1 pen per 28 days); SP
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml</i>	4	QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	4	QL (1 pen per 28 days); SP
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<i>abaloparatide</i>)	4	LD; QL (1 pen per 30 days); SP
*PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Packet)	4	PA; LD
<i>sapropterin dihydrochloride</i> (Javygtor Oral Tablet)	4	PA; LD
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	5	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (<i>pegvaliase-pqpz</i>)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	4	PA; LD; SP
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	4	PA; LD; SP
*RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>denosumab</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 180 days); SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>denosumab</i>)	3	PA; QL (1 vial per 28 days); SP
*SCLEROSTIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>romosozumab-aqqg</i>)	5	PA; QL (2 syringes per 30 days); SP
*SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS)*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
EVISTA ORAL TABLET (<i>raloxifene hcl</i>)	3; \$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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OSPHENA ORAL TABLET (<i>ospemifene</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
<i>raloxifene hcl oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES		
JYNARQUE ORAL TABLET (<i>tolvaptan</i>)	5	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>tolvaptan</i>)	5	PA; QL (1 carton per 28 days)
<i>tolvaptan oral tablet 15 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
<i>tolvaptan oral tablet 30 mg</i>	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 (<i>octreotide acetate</i>)	5	PA; QL (4 capsules per 1 day)
<i>octreotide acetate injection solution</i>	4	PA; SP
<i>octreotide acetate intramuscular kit 20 mg</i>	4	PA; QL (2 kits per 28 days)
<i>octreotide acetate intramuscular kit 30 mg</i>	4	PA; QL (1 kit per 28 days)
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (<i>octreotide acetate</i>)	5	PA; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (<i>octreotide acetate</i>)	5	PA; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (<i>octreotide acetate</i>)	5	PA; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>pasireotide pamoate</i>)	5	PA; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pasireotide diaspertate</i>)	5	PA; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lanreotide acetate</i>)	5	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
*UREA CYCLE DISORDER - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sod benz-sod phenylacet</i>)	3	
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLETT (<i>sodium phenylbutyrate</i>)	5	PA; QL (8 bottles 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RAVICTI ORAL LIQUID (<i>glycerol phenylbutyrate</i>)	3	PA; LD; QL (17.5 mL per 1 day); SP
<i>sod benz-sod phenylacet intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
*VASOPRESSIN*** - HORMONES		
DDAVP INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	3	
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	3	DO
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (<i>desmopressin acetate</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
DDAVP PF INJECTION SOLUTION (<i>desmopressin acetate</i>)	3	
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution</i>	1 or 1b*	
<i>desmopressin acetate injection solution</i>	1 or 1b*	
DESMOPRESSIN ACETATE NASAL SOLUTION	3	LD; QL (5 mL per 30 days)
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>desmopressin acetate pf injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>desmopressin acetate spray nasal solution</i>	1 or 1b*	
NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>desmopressin acetate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
TERLIVAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>terlipressin acetate</i>)	3	
<i>vasopressin +rfid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vasopressin-sodium chloride intravenous solution</i>	3	
VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vasopressin</i>)	3	
*X-LINKED HYPOPHOSPHATEMIA (XLH) TREATMENT - AGENTS*** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS		
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 10 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	5	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	5	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML (<i>burosumab-twza</i>)	5	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP
ESTROGENS - HORMONES		
*ESTROGEN & PROGESTIN*** - DRUGS FOR WOMEN		
ACTIVELLA ORAL TABLET (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	3	
ANGELIQ ORAL TABLET (<i>drospirenone-estradiol</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BIJUVA ORAL CAPSULE (<i>estradiol-progesterone</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol-levonorgestrel</i>)	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol-norethindrone acet</i>)	2	QL (8 patch per 28 days)
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>fyavolv oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>jinteli oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mimvey oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
PREMPHASE ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	2	
PREMPRO ORAL TABLET (<i>conj estrog-medroxyprogest ace</i>)	2	
*ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST*** - DRUGS FOR WOMAN		
MYFEMBREE ORAL TABLET (<i>relugolix-estradiol-norethind</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>elagolix-estradiol-norethind</i>)	3	PA; QL (1 carton per 28 days)
*ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (8 patch per 28 days)
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (4 patches per 28 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL (<i>estradiol valerate</i>)	3	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL (<i>estradiol cypionate</i>)	3	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM (<i>estradiol</i>)	3	QL (1 packet per 1 day)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1.25 MG/1.25GM (<i>estradiol</i>)	3	QL (30 packets per 30 days)
<i>dotti transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL (<i>estradiol</i>)	3	QL (52 grams per 30 days)
<i>estradiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm</i>	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
<i>estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)</i>	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
<i>estradiol transdermal gel 1.25 mg/1.25gm</i>	1 or 1b*	QL (30 packets per 30 days)
<i>estradiol transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
<i>estradiol transdermal patch weekly</i>	1 or 1b*	QL (4 patches per 28 days)
<i>estradiol valerate intramuscular oil</i>	1 or 1b*	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL (<i>estradiol</i>)	3	QL (50 grams per 30 days)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION (<i>estradiol</i>)	2	QL (16.2 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lyllana transdermal patch twice weekly</i>	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
MENEST ORAL TABLET (<i>esterified estrogens</i>)	2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (<i>estradiol</i>)	3	QL (4 patches per 28 days)
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>estrogens conjugated</i>)	2	
PREMARIN ORAL TABLET (<i>estrogens conjugated</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
*ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB*** - DRUGS FOR WOMEN		
DUAVEE ORAL TABLET (<i>conj estrogens-bazedoxifene</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
FLUOROQUINOLONAS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*FLUOROQUINOLONAS*** - ANTIBIOTICS		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>delafloxacin meglumine</i>)	3	
BAXDELA ORAL TABLET (<i>delafloxacin meglumine</i>)	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>ciprofloxacin</i>)	3	
CIPRO ORAL TABLET (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin intravenous solution</i>	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
<i>levofloxacin oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>levofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ofloxacin oral tablet</i>	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE STOMACH		
*BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
CHOLBAM ORAL CAPSULE (<i>cholic acid</i>)	3	PA; QL (4 capsule per 1 day)
*FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
OALIVA ORAL TABLET (<i>obeticholic acid</i>)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
URSO FORTE ORAL TABLET (<i>ursodiol</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	
<i>ursodiol oral tablet</i>	1 or 1b*	
*GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>cromolyn sodium oral concentrate</i>	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE (<i>cromolyn sodium</i>)	3	
*GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>lubiprostone oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*GASTROINTESTINAL STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
GIMOTI NASAL SOLUTION (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 4 weekss)
<i>metoclopramide hcl injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	1 or 1a*	QL (60 mL per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1a*	QL (12 tablets per 1 day)
<i>metoclopramide hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1a*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 10 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	QL (6 tablets per 1 day)
REGLAN ORAL TABLET 5 MG (<i>metoclopramide hcl</i>)	3	QL (12 tablets per 1 day)
*GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-2 (GLP-2) ANALOGS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT (<i>teduglutide (rdna)</i>)	3	PA; LD; SP
*HEPATOTROPICS - THYROID HORMONE RECEPTOR-BETA AGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
REZDIFFRA ORAL TABLET (<i>resmetirom</i>)	5	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
*IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS*** - DRUGS FOR CONSTIPATION		
LINZESS ORAL CAPSULE (<i>linaclotide</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
*IBS AGENT - MU-OPIOID RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
VIBERZI ORAL TABLET (<i>eluxadoline</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME		
<i>alosetron hcl oral tablet</i>	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 (<i>odevixibat</i>)	5	PA; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (<i>odevixibat</i>)	5	PA; QL (10 pellets 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (<i>odevixibat</i>)	5	PA; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (<i>odevixibat</i>)	5	PA; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	5	PA; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (<i>maralixibat chloride</i>)	5	PA; QL (90 mL per 30 days)
*INFLAMMATORY BOWEL AGENTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>sulfasalazine</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
AZULFIDINE ORAL TABLET (<i>sulfasalazine</i>)	3	QL (8 tablet per 1 day)
<i>balsalazide disodium oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY (<i>mesalamine</i>)	3	QL (1 suppository per 1 day)
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
DIPENTUM ORAL CAPSULE (<i>olsalazine sodium</i>)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	QL (8 capsule per 1 day)
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>mesalamine oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>mesalamine rectal enema</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>mesalamine rectal suppository</i>	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit</i>	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG (<i>mesalamine</i>)	2	QL (16 capsule per 1 day)
PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG (<i>mesalamine</i>)	3	ST; QL (8 capsule per 1 day)
ROWASA RECTAL KIT (<i>mesalamine-cleanser</i>)	3	QL (1 kit per 30 days)
SFROWASA RECTAL ENEMA (<i>mesalamine</i>)	3	QL (60 mL per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
*INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>vedolizumab</i>)	4	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP
*INTERLEUKIN ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; QL (30 mL per 365 days); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (<i>risankizumab-rzaa</i>)	4	PA; QL (1 kit 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ustekinumab</i>)	4	PA; LD; QL (4 vial per 365 days); SP
*INTESTINAL ACIDIFIERS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>enulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>generlac oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
*LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION (<i>fecal microbiota, live-jslm</i>)	5	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (<i>fecal microb spores, live-brpk</i>)	5	PA; QL (12 capsules per 1 lifetime)
*PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
<i>alvimopan oral capsule</i>	1 or 1b*	
MOVANTIK ORAL TABLET (<i>naloxegol oxalate</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
RELISTOR ORAL TABLET (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>methylnaltrexone bromide</i>)	3	ST; QL (1 syringe per 1 day)
SYMPROIC ORAL TABLET (<i>naldemedine tosylate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*PHOSPHATE BINDER AGENTS*** - DRUGS FOR THE STOMACH		
AURYXIA ORAL TABLET (<i>ferric citrate</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (12 capsules per 1 day)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET (<i>lanthanum carbonate</i>)	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	1 or 1b*	QL (3 packets per 1 day)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (15 tablets per 1 day)
<i>sevelamer hcl oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (<i>sucroferric oxyhydroxide</i>)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
*TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR DIARRHEA		
XERMELO ORAL TABLET (<i>telotristat etiprate</i>)	5	PA; QL (3 tablets per 1 day)
*TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS*** - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab-axxq</i>)	4	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>infliximab</i>)	4	PA; LD; SP
GENERAL ANESTHETICS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*ANESTHETICS - MISC.*** - DRUGS FOR SEDATION		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>etomidate</i>)	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 (<i>propofol</i>)	3	
<i>etomidate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>fresenius propoven intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION (<i>ketamine hcl</i>)	3	
<i>ketamine hcl injection solution 100 mg/ml, 50 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>ketamine hcl-sodium chloride intravenous solution 1250-0.9 mg/250ml-%, 2500-0.9 mg/250ml-%, 500-0.9 mg/250ml-%</i>	3	
<i>propofol intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
<i>propofol-lipuro intravenous emulsion</i>	1 or 1b*	
*BARBITURATE ANESTHETICS*** - DRUGS FOR SEDATION		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>methohexital sodium</i>)	3	
*VOLATILE ANESTHETICS*** - DRUGS FOR SEDATION		
<i>desflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
FORANE INHALATION SOLUTION (<i>isoflurane</i>)	3	
<i>isoflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
<i>sevoflurane inhalation solution</i>	1 or 1b*	
SUPRANE INHALATION SOLUTION (<i>desflurane</i>)	3	
<i>terrell inhalation solution</i>	1 or 1b*	
ULTANE INHALATION SOLUTION (<i>sevoflurane</i>)	3	
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
*5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>dutasteride oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
PROSCAR ORAL TABLET (<i>finasteride</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>doxazosin mesylate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>silodosin oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tamsulosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
*ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
<i>neomycin-polymyxin b gu irrigation solution</i>	1 or 1b*	
*CITRATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>potassium citrate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium citrate</i>)	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium citrate</i>)	3	
*CYSTINOSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	5	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>cysteamine bitartrate</i>)	5	PA
PROCYSBI ORAL PACKET (<i>cysteamine bitartrate</i>)	5	PA
*GENITOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
<i>acetic acid irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>argyle sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>curity sterile saline irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycine urologic irrigation solution</i>	1 or 1b*	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION (<i>citric ac-gluconolact-mg carb</i>)	3	
<i>sodium chloride irrigation solution</i>	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 (<i>sparsentan</i>)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
*INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
ELMIRON ORAL CAPSULE (<i>pentosan polysulfate sodium</i>)	3	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION (<i>dimethyl sulfoxide</i>)	3	
*PHOSPHATES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (<i>pot & sod ac phosphates</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE PROSTATE		
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA)*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lumasiran sodium</i>)	5	PA
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>nedosiran sodium</i>)	5	PA; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>nedosiran sodium</i>)	5	PA; QL (1 syringe per 30 days); SP
*URINARY ANALGESICS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>eq urinary pain relief max st oral tablet 99.5 mg</i>	1 or 1b*	
*URINARY STONE AGENTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
LITHOSTAT ORAL TABLET (<i>acetohydroxamic acid</i>)	3	
<i>tiopronin oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; QL (10 tablet per 1 day)
<i>tiopronin oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	PA; QL (10 tablet per 1 day)
*VESICoureTERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (<i>dextranomer-hyaluronic acid</i>)	3	
GOUT AGENTS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*GOUT AGENT COMBINATIONS*** - GOUT DRUGS		
<i>colchicine-probenecid oral tablet</i>	1 or 1b*	
*GOUT AGENTS*** - GOUT DRUGS		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg</i>	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>allopurinol oral tablet 300 mg</i>	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>allopurinol sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>allopurinol sodium</i>)	3	
<i>colchicine oral tablet</i>	2	QL (2.3 tablet per 1 day)
<i>febuxostat oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (<i>colchicine</i>)	3	QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pegloticase</i>)	5	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
*URICOSURICS*** - GOUT DRUGS		
<i>probenecid oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>adzynma intravenous kit</i>	5	PA; LD
*AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>givosiran sodium</i>)	5	PA
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 105 MG/0.7ML, 150 MG/ML, 30 MG/ML, 300 MG/2ML, 60 MG/0.4ML (<i>emicizumab-kxwh</i>)	5	PA; LD; SP
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.4ML (<i>emicizumab-kxwh</i>)	5	PA; SP
*ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	5	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophil fact single chain</i>)	5	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	5	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix</i>)	5	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rfixfc)</i>)	5	PA; LD; SP
ALTUVIIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact fc-vwf-xten-ehil</i>)	5	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>prothrombin complex human-lans</i>)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	5	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor x (human)</i>)	5	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (<i>factor xiii concentrate human</i>)	5	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviiiifc)</i>)	5	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemoph fact rcmb gpeg-exei</i>)	5	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antiinhibitor coagulant cmlpx</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	5	PA; LD; SP
HEMOPIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	5	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	5	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (rix-fp)</i>)	5	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix (recomb)</i>)	5	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ahf (bdd-rfviii peg-aucl)</i>)	5	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (<i>prothrombin complex conc human</i>)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	5	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophilic factor</i>)	5	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	5	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil factor (rahf-pfm)</i>)	5	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihemophil fact bd truncated</i>)	5	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor viia recomb</i>)	5	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	5	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem fact (bdd-rfviii,sim)</i>)	5	PA; LD; SP
<i>obizur intravenous solution reconstituted</i>	5	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>factor ix complex</i>)	5	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor ix glycopeg</i>)	5	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antihem factor recomb (rfviii)</i>)	5	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>fibrinogen concentrate (human)</i>)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor viia-jncw</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRETEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>coagulation factor xiii a-sub</i>)	5	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>von willebrand factor (recomb)</i>)	5	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (<i>antihemophilic factor-vwf</i>)	5	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i>)	5	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (<i>antihem fact (bdd-rfviii,mor)</i>)	5	PA; LD; SP
*ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
CABLIVI INJECTION KIT (<i>caplacizumab-yhdp</i>)	5	PA
*BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
<i>sajazir subcutaneous solution prefilled syringe</i>	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
*C1 ESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	5	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	5	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	5	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (<i>c1 esterase inhibitor (human)</i>)	5	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>c1 esterase inhibitor (recomb)</i>)	5	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
*COMPLEMENT C1 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sutimlimab-jome</i>)	5	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
*COMPLEMENT C3 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>pegcetacoplan</i>)	5	PA; QL (200 mL per 30 days)
*COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
PIASKY INJECTION SOLUTION (<i>crovalimab-akkz</i>)	5	PA; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eculizumab</i>)	5	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ravulizumab-cwvz</i>)	5	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (<i>pozelimab-bbfg</i>)	5	PA; QL (2 vials 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>zilucoplan sodium</i>)	5	PA; QL (1 syringe per 1 day)
*COMPLEMENT C5A INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>gohibic intravenous solution</i>	3	
*COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAVNEOS ORAL CAPSULE (<i>avacopan</i>)	5	PA; QL (6 capsules per 1 day)
*COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
FABHALTA ORAL CAPSULE (<i>iptacopan hcl</i>)	5	PA; QL (2 capsules per 1 day)
*COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
VOYDEYA ORAL TABLET (<i>danicopan</i>)	5	PA; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>danicopan</i>)	5	PA; QL (6 tablets per 1 day)
*DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
BRILINTA ORAL TABLET (<i>ticagrelor</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>cangrelor tetrasodium</i>)	3	
*GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>tirofiban hcl</i>)	3	
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tirofiban hcl in nacl</i>)	3	
<i>eptifibatide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tirofiban hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*HEMATORHEOLOGIC AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
*HEMIN*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>hemin</i>)	3	
*HUMAN PROTEIN C*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>protein c concentrate (human)</i>)	5	LD; SP
*PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>cilostazol oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PLASMA EXPANDERS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>hetastarch-nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (<i>hetastarch-electrolytes</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lmd in d5w intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>lmd in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>lanadelumab-flyo</i>)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>lanadelumab-flyo</i>)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
*PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>ecallantide</i>)	5	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (<i>berotralstat hcl</i>)	5	PA; QL (1 capsule per 1 day)
*PLASMA PROTEINS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ALBUKED 25 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
ALBUKED 5 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
ALBUMIN HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human-kjda</i>)	3	
ALBUMIN-ZLB INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBURX INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ALBUTEIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
FLEXBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>albumin human</i>)	3	
KEDBUMIN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION (<i>plasma human</i>)	3	
RYPLAZIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>plasminogen human-tvmh</i>)	5	PA; SP
THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>antithrombin iii (human)</i>)	3	
*PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
YOSPRALA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>aspirin-omeprazole</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PLATELET AGGREGATION INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>dipyridamole oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PROTAMINE*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>protamine sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ZONTIVITY ORAL TABLET (<i>vorapaxar sulfate</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*PYRUVATE KINASE ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
PYRUKYND ORAL TABLET (<i>mitapivat sulfate</i>)	5	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>mitapivat sulfate</i>)	5	PA; QL (1 pack per 28 days)
*QUINAZOLINE AGENTS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
AGRYLIN ORAL CAPSULE (<i>anagrelide hcl</i>)	3	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (20 capsules per 1 day)
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
*SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
TAVALISSE ORAL TABLET (<i>fostamatinib disodium</i>)	5	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*THIENOPYRIDINE DERIVATIVES*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>prasugrel hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*THROMBOLYTIC AGENT - MISC*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>defibrotide sodium</i>)	5	
*TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD		
ACTIVASE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	3	
CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alteplase</i>)	3	
TNKASE INTRAVENOUS KIT (<i>tenecteplase</i>)	3	
HEMATOPOIETIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*AGENTS FOR GAUCHER DISEASE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CERDELGA ORAL CAPSULE (<i>eliglustat tartrate</i>)	2	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>imiglucerase</i>)	5	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>taliglucerase alfa</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>miglustat oral capsule</i>	2	PA; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>velaglucerase alfa</i>)	5	PA; LD; SP
<i>miglustat</i> (Yargesa Oral Capsule)	2	PA; QL (3 capsules per 1 day); SP
*AMINO ACIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>l-glutamine oral packet</i>	4	PA; LD; SP
*COBALAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	1 or 1a*	
<i>dodex injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
*CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR NUTRITION		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>motixafortide acetate</i>)	5	PA
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>plerixafor</i>)	5	PA; LD; SP
<i>plerixafor subcutaneous solution</i>	4	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (<i>mavorixafor</i>)	5	PA; QL (4 capsules per 1 day)
*CYTOTOXIC AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DROXIA ORAL CAPSULE (<i>hydroxyurea</i>)	2	
SIKLOS ORAL TABLET (<i>hydroxyurea</i>)	3	PA; SP
*ERYTHROID MATURATION AGENTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>luspaterecept-aamt</i>)	5	PA; LD; SP
*ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (<i>darbepoetin alfa</i>)	4	PA; 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 (<i>darbepoetin alfa</i>)	4	PA; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (<i>darbepoetin alfa</i>)	4	PA; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa</i>)	5	PA; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>methoxy peg-epoetin beta</i>)	5	PA; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa</i>)	4	PA; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (<i>epoetin alfa-epbx</i>)	4	PA; QL (12 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>foltabs 800 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*FOLIC ACID/FOLATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>cvs folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>fa-8 oral capsule</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folate oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>folic acid injection solution</i>	1 or 1a*	
<i>folic acid oral capsule 0.8 mg</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp folic acid oral tablet 800 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>true folic acid oral tablet 400 mcg</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>yl folic acid oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
*GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>tbo-filgrastim</i>)	5	PA; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tbo-filgrastim</i>)	5	PA; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (<i>pegfilgrastim</i>)	4	PA; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim</i>)	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim</i>)	4	PA; SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim</i>)	4	PA; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION (<i>filgrastim-aafi</i>)	5	PA; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-aafi</i>)	5	PA; SP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; LD; SP
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>eflapegrastim-xnst</i>)	5	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	4	PA; QL (2 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pegfilgrastim-cbqv</i>)	4	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>filgrastim-sndz</i>)	4	PA; SP
*GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>sargramostim</i>)	5	PA; SP
*IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (<i>ferric maltol</i>)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ferumoxytol</i>)	5	PA; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>)	5	PA; QL (16 vials per 8 weekss); SP
<i>ferumoxytol intravenous solution</i>	4	PA; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION (<i>iron dextran</i>)	5	PA; SP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution</i>	4	PA; QL (16 vials per 8 weekss); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (<i>iron sucrose</i>)	5	PA; QL (15 mL per 84 days); SP
*SELECTIN BLOCKERS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>crizanlizumab-tmca</i>)	5	PA; SP
*THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DOPTELET ORAL TABLET (<i>avatrombopag maleate</i>)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (<i>lusutrombopag</i>)	5	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>romiplostim</i>)	5	PA; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	5	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	5	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	5	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	5	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (<i>eltrombopag olamine</i>)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEMOSTATICS - DRUGS FOR THE BLOOD		
*HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
ARTISS EXTERNAL KIT (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl-gelatin</i>)	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (<i>thrombin-cmc-cacl</i>)	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (<i>fibrin sealant component</i>)	3	
*HEMOSTATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS TO PREVENT BLEEDING		
<i>aminocaproic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral solution</i>	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
<i>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg</i>	1 or 1b*	
<i>aminocaproic acid oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tranexamic acid</i>)	3	
<i>tranexamic acid intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>tranexamic acid oral tablet</i>	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 (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
AVITENE EXTERNAL PAD (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
GELFILM EXTERNAL FILM (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (<i>gelatin absorbable</i>)	3	
INSTAT EXTERNAL PAD (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin (recombinant)</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD (<i>oxidized cellulose</i>)	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (<i>absorbable collagen hemostat</i>)	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH (<i>absorbable fibrin sealant</i>)	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT (<i>thrombin</i>)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>thrombin</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (<i>microfibrillar coll hemostat</i>)	3	
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*ANTIHISTAMINE HYPNOTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>ft ibuprofen pm oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTIHISTAMINE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>eq sleep-aid oral tablet</i>	1 or 1b*	
*BARBITURATE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>pentobarbital sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>phenobarbital oral elixir</i>	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>phenobarbital sodium injection solution</i>	1 or 1b*	
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>phenobarbital sodium</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*BENZODIAZEPINE HYPNOTICS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>remimazolam besylate</i>)	5	
<i>estazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>flurazepam hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
HALCION ORAL TABLET (<i>triazolam</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>midazolam hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>midazolam hcl oral syrup</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 100-0.8 MG/100ML-%, 50-0.8 MG/50ML-%	3	
<i>midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution</i>	3	
<i>quazepam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
RESTORIL ORAL CAPSULE (<i>temazepam</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>temazepam oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>triazolam oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
*HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>doxepin hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<i>zolpidem tartrate</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>eszopiclone oral tablet 3 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
<i>zaleplon oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*OREXIN RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
QUVIVIQ ORAL TABLET (<i>daridorexant hcl</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
<i>dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
<i>dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml</i>	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IGALMI SUBLINGUAL FILM (<i>dexmedetomidine hcl</i>)	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>)	3	
*SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR INSOMNIA		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (<i>tasimelteon</i>)	5	PA; QL (5 mL per 1 day)
<i>ramelteon oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tasimelteon oral capsule</i>	4	PA; QL (1 capsule per 1 day)
LAXATIVES - DRUGS FOR THE STOMACH		
*BOWEL EVACUANT COMBINATIONS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
CLENPIQ ORAL SOLUTION (<i>sod picosulfate-mag ox-cit acid</i>)	3	QL (350 mL per 30 days)
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	1 or 1a*; \$0	QL (1 bottle per 30 days)
<i>gavilyte-g oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf</i>)	3	QL (4000 grams per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	3	QL (1 gram per 30 days)
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 kit per 30 days)
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</i>	1 or 1a*; \$0	QL (4000 grams per 30 days)
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbic acid oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*; \$0	QL (1 gram per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT (<i>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl</i>)	3	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>)	3	QL (1 gram per 30 days)
SUTAB ORAL TABLET (<i>sodium sulfate-mag sulfate-kcl</i>)	2	QL (24 tablets per 30 days)
*BULK LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>cvs natural daily fiber oral powder 51.7 %</i>	1 or 1b*	
*LAXATIVES - MISCELLANEOUS*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>constulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>cvs purelax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs purelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq clearlax oral powder</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq laxative oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gavilax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gentlelax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>glycolax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthylax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls laxaclear oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
KRISTALOSE ORAL PACKET (<i>lactulose</i>)	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
<i>lactulose oral solution</i>	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
<i>mm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>peg 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>peg 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc glycerin rectal suppository</i>	1 or 1b*	
<i>qc natura-lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sb polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm clearlax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral packet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>smooth lax oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>true laxative oral powder</i>	1 or 1b*; \$0	
*LUBRICANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>mineral oil heavy oral oil</i>	1 or 1b*	
*SALINE LAXATIVE MIXTURES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
FLEET SALINE ENEMA RECTAL ENEMA (<i>sodium phosphates</i>)	2	
*SALINE LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>citrate of magnesia oral solution</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>citroma oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dulcolax milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dulcolax oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (<i>magnesium citrate</i>)	1 or 1a*; \$0	
<i>ft magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gentle laxative oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
ONELAX MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (<i>magnesium citrate</i>)	1 or 1a*; \$0	
<i>phillips milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sb magnesium citrate oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm milk of magnesia oral suspension</i>	1 or 1b*; \$0	
*STIMULANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>alophen oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>bisacodyl oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs c-lax laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>eq chocolate laxative oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>eq gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>eql laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ex-lax ultra oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ft laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc gentle laxative womens oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>qc laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>ra womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sb gentle lax-women oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womans laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>womens laxative oral tablet delayed release</i>	1 or 1a*; \$0	
*SURFACTANT LAXATIVES*** - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION		
<i>eq stool softener extra str oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>eq stool softener oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	
<i>mm stool softener oral capsule</i>	1 or 1b*	
LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL - DRUGS FOR PAIN AND FEVER		
*LOCAL ANESTHETIC & SYMPATHOMIMETIC*** - DRUGS FOR SEDATION		
<i>articadent dental injection solution cartridge</i>	3	
<i>bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>bupivacaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lidocaine-epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	3	
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	3	
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (<i>articaine-epinephrine</i>)	3	
<i>sensorcaine/epinephrine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% -1:200000</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% -1:200000</i>	3	
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 % (<i>bupivacaine-epinephrine</i>)	3	
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine-epinephrine</i>)	3	
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine-epinephrine</i>)	3	
*LOCAL ANESTHETICS - AMIDES*** - DRUGS FOR SEDATION		
BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3	
<i>bupivacaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	
MARCAINE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine hcl</i>)	3	
MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine hcl</i>)	3	
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
NAROPIN INJECTION SOLUTION (<i>ropivacaine hcl</i>)	3	
<i>polocaine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>polocaine-mpf injection solution</i>	1 or 1b*	
POSIMIR INJECTION SOLUTION (<i>bupivacaine</i>)	3	
<i>ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sensorcaine-mpf injection solution</i>	1 or 1b*	
XARACOLL IMPLANT IMPLANT (<i>bupivacaine hcl</i>)	3	
XYLOCAINE INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
*LOCAL ANESTHETICS - ESTERS*** - DRUGS FOR SEDATION		
<i>chloroprocaine hcl (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
NESACAINE INJECTION SOLUTION (<i>chloroprocaine hcl</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION (<i>chlorprocaine hcl</i>)	3	
MACROLIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AZITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>azithromycin oral tablet</i>	1 or 1b*	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (<i>azithromycin</i>)	3	
*CLARITHROMYCIN*** - ANTIBIOTICS		
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>clarithromycin oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ERYTHROMYCINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>e.e.s. 400 oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>ery-tab oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>erythromycin lactobionate</i>)	3	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin base oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>erythromycin oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
*FIDAXOMICIN*** - ANTIBIOTICS		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>fidaxomicin</i>)	3	QL (1 bottle per 30 days)
DIFICID ORAL TABLET (<i>fidaxomicin</i>)	3	QL (20 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
*CERVICAL CAPS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (<i>cervical caps</i>)	2; \$0	
*CONDOMS - FEMALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
FC2 FEMALE CONDOM (<i>condoms - female</i>)	2; \$0	QL (12 units per 1 fill)
*CONDOMS - MALE*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>aimsco lubricated</i>	2; \$0	
<i>condoms</i>	2; \$0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
DUREX REALFEEL DEVICE (<i>condoms non-latex lubricated</i>)	2; \$0	
DUREX TROPICAL (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
FANTASY LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
KAMELEON LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>kimono</i>	2; \$0	
KIMONO COLORS DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
KIMONO MAXX-LARGE FLARE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>kimono micro thin</i>	2; \$0	
<i>kimono micro thin plus</i>	2; \$0	
<i>kimono plus</i>	2; \$0	
<i>kimono ps</i>	2; \$0	
<i>kimono ps plus</i>	2; \$0	
<i>kimono sensation</i>	2; \$0	
<i>kimono sensation plus</i>	2; \$0	
KIMONO SPECIAL DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>maxx</i>	2; \$0	
<i>maxx plus</i>	2; \$0	
REALITY LATEX CONDOMS (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
<i>true cover device</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA LUBRICATED (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED (<i>condoms latex non-lubricated</i>)	2; \$0	
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD (<i>condoms latex lubricated</i>)	2; \$0	
*DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
REMESENSE DENTAL (<i>dental desensitizing product</i>)	3	
*DENTIFRICES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
MI PASTE DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (<i>dentifrices</i>)	3	
*DIAPERS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
HUGGIES LITTLE MOVERS SIZE 7 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLER NEWBRN (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 4 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ 5 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES OVERNITES SIZE 4 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 1 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 2 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 5 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY NEWBORN (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 1 (<i>diapers & supplies</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 2 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 3 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 4 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 5 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 6 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER NEWBN (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER SZ 1 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
HUGGIES+ LITTLE SNUGGLER SZ 2 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
PAMPERS EASY UPS 2T-3T (<i>diapers & supplies</i>)	2	
PAMPERS EASY UPS 4T-5T (<i>diapers & supplies</i>)	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 2T-3T (<i>diapers & supplies</i>)	2	
PAMPERS EASY UPS MLP 4T-5T (<i>diapers & supplies</i>)	2	
PAMPERS SWADDLERS SIZE 7 (<i>diapers & supplies</i>)	2	
*DIAPHRAGMS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm arc-spring</i>)	2; \$0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragms</i>)	3; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (<i>diaphragm wide seal</i>)	2; \$0	
*GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (<i>lancets</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (<i>lancets</i>)	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)
BD MICROTAINER LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEVER CHEK LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (<i>lancets</i>)	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 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (<i>lancets</i>)	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 ULTRA THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
DEXCOM G6 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (3 units per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	2	PA; QL (1 unit per 90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G7 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (3 sensors per 30 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	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 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	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)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	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 E3 SENSOR/HOLDER (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FINGERSTIX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 reader per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 sensors per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	2	PA; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	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 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 STERILE LANCETS (<i>lancets</i>)	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)
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA; QL (2 units per 1 year)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (<i>continuous glucose receiver</i>)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (<i>continuous glucose sensor</i>)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)
HY-VEE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	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 HEALTHPRO LANCET 26G (<i>lancets</i>)	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)
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 (<i>lancets</i>)	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 (<i>lancets</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
LIBERTY MEDICAL LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITE TOUCH LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LITETOUCH LANCETS (<i>lancets</i>)	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 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
MM TWIST LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (<i>lancets</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (<i>continuous glucose transmitter</i>)	3	PA
PERFECT LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACY COUNTER LANCETS (<i>lancets</i>)	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)
<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PURE COMFORT LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS MICROTHIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PX LANCETS ULTRA THIN 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
QC UNILET LANCETS MICRO THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
READYLANCE SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	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 LANCETS MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
RIGHTEST GL300 LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SAFETY LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>saps health plus lancets</i>	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)
SINGLE-LET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SM LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE STANDARD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART SENSE THIN LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMARTEST LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
STERILANCE TL (<i>lancets</i>)	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)
SURELITE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE AST LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TECHLITE LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET MICRO THIN 33G	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TGT LANCET THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
TGT LANCET ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
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 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>true comfort safety lancets</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
<i>twist top lancets 30g</i>	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET CLASSIC LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS 23G (<i>lancets</i>)	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 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE II (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET GP 28 ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPER-THIN 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET (<i>lancets</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN (<i>lancets</i>)	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)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD LANCETS 30G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS LANCETS (<i>lancets</i>)	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 (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS (<i>lancets</i>)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ZEV RX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
*HOT/COLD COMBINATION THERAPY AIDS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
<i>eq hot or cold large compress pad</i>	2	
*INCONTINENCE SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
DEPEND FRESH PROTECTION MENS (<i>incontinence supply disposable</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 years)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (15 pods per 30 days)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) KIT (<i>insulin disposable pump</i>)	2	PA; QL (1 kit per 4 yearss)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) (<i>insulin disposable pump</i>)	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ADVOCATE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aq insulin syringe</i>	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>aqinject pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>aum insulin safety pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>aum pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AUM SAFETY PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
AURORA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
BD AUTOSHIELD DUO (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE U-500 (<i>insulin syringe/needle u-500</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE MINI U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE NANO U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT U/F (<i>insulin pen needle</i>)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	2	QL (200 syringes per 30 days)
CAREFINE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CLICKFINE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64" 0.5 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET MICRON (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
DROPLET PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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)
<i>easy comfort insulin syringe 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml</i>	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 27G X 5/8" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
EASY TOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EQL INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
FIFTY50 PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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	ST; 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 SAFEPAK NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	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 (<i>insulin pen needle</i>)	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
<i>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</i>	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)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LITETOUCH INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
LITETOUCH PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
LONGS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MARATHON MEDICAL PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MM PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
MONOJECT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
MS INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
NOVOFINE PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PC UNIFINE PENTIPS	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pip pen needles 31g x 5mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pip pen needles 32g x 4mm</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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 (<i>insulin pen needle</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>pure comfort safety pen needle</i>	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)
<i>raya sure pen needle</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
<i>safety pen needles</i>	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURES SAFE SAFETY PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	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)
<i>sure comfort pen needles 31g x 6 mm</i>	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 6 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
<i>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</i>	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TRUEPLUS PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE MINI PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTILET PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA THIN PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (<i>insulin pen needle</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNIFINE PENTIPS PLUS (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	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 (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	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 (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM (<i>insulin pen needle</i>)	3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (<i>insulin syringe-needle u-100</i>)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (<i>insulin pen needle</i>)	3	ST; 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)
ZEV RX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ZEV RX 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 (<i>rimegepant sulfate</i>)	2	PA; QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET (<i>atogepant</i>)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET (<i>ubrogepant</i>)	2	ST; QL (16 tablets per 30 days)
*CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>erenumab-aooe</i>)	3	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>fremanezumab-vfrm</i>)	3	PA; QL (3 syringes 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	3	PA; QL (3 syringes per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	3	PA; QL (1 pen per 28 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>galcanezumab-gnlm</i>)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days)
*ERGOT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>ergotamine-caffeine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>migergot rectal suppository</i>	1 or 1b*	
*MIGRAINE PRODUCTS*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution</i>	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1)*** - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES		
<i>almotriptan malate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>frovatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution</i>	1 or 1b*	QL (5 vials per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	1 or 1b*	QL (6 cartridges per 30 days)
<i>zolmitriptan nasal solution</i>	1 or 1b*	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible</i>	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	
<i>sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %</i>	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tromethamine</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CALCIUM COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>calcium 600-vitamin d3 oral tablet</i>	1 or 1b*	
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	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	3	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	1 or 1b*	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %</i>	3	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-mb in dextrose</i>)	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-p in dextrose</i>)	3	
<i>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-%-%</i>	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 (<i>electrolyte-m in dextrose</i>)	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r in dextrose</i>)	3	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*ELECTROLYTES ORAL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>hydrating electrolyte oral packet</i>	2	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT ORAL SOLUTION (<i>oral electrolytes</i>)	2	
*ELECTROLYTES PARENTERAL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-s</i>)	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-s (ph 7.4)</i>)	3	
KCL (0.149%) IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	1 or 1b*	
KCL (0.298%) IN NAACL 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r</i>)	3	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-r (ph 7.4)</i>)	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (<i>electrolyte-a</i>)	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	3	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	3	
<i>ringers intravenous solution</i>	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>parenteral electrolytes</i>)	3	
*FLUORIDE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORIVA ORAL LIQUID (<i>sodium fluoride-vitamin d</i>)	3	
*FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>sodium fluoride oral solution</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet</i>	1 or 1a*; \$0	
<i>sodium fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1a*; \$0	
*MAGNESIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>ft magnesium oxide oral tablet</i>	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
*MANGANESE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>manganese chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
*PHOSPHATE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>sodium glycerophosphate</i>)	3	
K-PHOS ORAL TABLET (<i>potassium phosphate monobasic</i>)	2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (<i>k phos mono-sod phos di & mono</i>)	3	
<i>phospha 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phosphorous oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>phospho-trin k500 oral tablet</i>	1 or 1b*	
POTASSIUM PHOSPHATES INTRAVENOUS SOLUTION 15 MMOLE/5ML, 150 MMOLE/50ML	3	
<i>potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution</i>	3	
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>sodium phosphates intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>wes-phos 250 neutral oral tablet</i>	1 or 1b*	
*POTASSIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>klor-con 10 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
<i>klor-con m10 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m15 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con m20 oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>klor-con oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>klor-con oral tablet extended release</i>	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<i>potassium chloride</i>)	3	
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release</i>	1 or 1a*	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML	3	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>potassium chloride oral solution</i>	1 or 1b*	
*SODIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>aquastat intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>bd posiflush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush</i> (Bd Posiflush Safescrub Intravenous Solution)	1 or 1b*	
<i>monoject flush syringe intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>monoject sodium chloride flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>normal saline flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride (pf) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride flush intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*TRACE MINERAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cr-cu-mn-zn</i>)	3	
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (<i>trace minerals cr-cu-mn-se-zn</i>)	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>trace minerals cu-mn-se-zn</i>)	3	
*TRACE MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>chromic chloride intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cupric chloride intravenous solution</i>	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 12 MCG/2ML, 60 MCG/ML	3	
SELENIOS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 40 MCG/ML	1 or 1b*	
*ZINC*** - DRUGS FOR NUTRITION		
GALZIN ORAL CAPSULE (<i>zinc acetate (oral)</i>)	3	
<i>zinc chloride intravenous solution</i>	3	
<i>zinc sulfate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES - VITAMINS AND MINERALS		
*ACTIVATED PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE DELTA SYNDROME AGENT*** - VITAMINS AND MINERALS		
JOENJA ORAL TABLET (<i>leniolisib phosphate</i>)	5; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
*ALLOGENEIC THYMUS TISSUE*** - VITAMINS AND MINERALS		
RETHYMIC INTRAMUSCULAR IMPLANT (<i>allogeneic thymus tissue-agdc</i>)	3	
*ANTILEPTICS*** - VITAMINS AND MINERALS		
THALOMID ORAL CAPSULE (<i>thalidomide</i>)	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 (<i>belimumab</i>)	5	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>belimumab</i>)	5	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>belimumab</i>)	5	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
*CHELATING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (<i>penicillamine</i>)	3	PA; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>penicillamine oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	1 or 1b*	PA; 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 (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-mg (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-dextrose-k-ca (crrt)</i>)	3	
PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (<i>bicarb-mg (crrt)</i>)	3	
*CYCLOSPORINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>cyclosporine modified oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>cyclosporine modified oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>cyclosporine oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>gengraf oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>gengraf oral solution</i>	1 or 1b*	
LUPKYNIS ORAL CAPSULE (<i>voclosporin</i>)	5	PA; QL (6 capsules per 1 day)
NEORAL ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine modified</i>)	3	
NEORAL ORAL SOLUTION (<i>cyclosporine modified</i>)	3	
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cyclosporine</i>)	3	SP
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE (<i>cyclosporine</i>)	3	
*ENZYMES*** - VITAMINS AND MINERALS		
AMPHADASE INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase bovine</i>)	3	
HYLENEX INJECTION SOLUTION (<i>hyaluronidase human</i>)	3	
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>collagenase clostrid histolyt</i>)	5	PA; LD; SP
*FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (<i>lonafarnib</i>)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*FECAL INCONTINENCE BULKING AGENT - COMBINATIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
SOLESTA INJECTION GEL (<i>dextranomer-sodium hyaluronate</i>)	5	LD; SP
*HOMEOPATHIC PRODUCTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
LICEFREEE EXTERNAL KIT (<i>homeopathic products</i>)	2	
*IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>lymphocyte, anti-thymo imm glob</i>)	3	SP
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>anti-thymocyte glob (rabbit)</i>)	3	SP
*IMMUNOMODULATORS - COMBINATIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>efgartigimod alfa-hyalur-qvfc</i>)	5	PA; LD; QL (4 vials per 50 days); SP
*IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>lenalidomide oral capsule</i>	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
REVLIMID ORAL CAPSULE (<i>lenalidomide</i>)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
*INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil hcl</i>)	3	SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST
CELLCEPT ORAL TABLET (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	SP
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>mycophenolic acid oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>mycophenolate sodium</i>)	3	
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION (<i>mycophenolate mofetil</i>)	3	ST

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*INTERLEUKIN-6 (IL-6) ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>siltuximab</i>)	5	PA; LD; SP
*IRRIGATION SOLUTIONS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>argyle sterile water irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>lactated ringers irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>physiolyte irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>physiosol irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>ringers irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>tis-u-sol irrigation solution</i>	1 or 1b*	
<i>water for irrigation, sterile irrigation solution</i>	1 or 1b*	
*MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	3	
ENVARUSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>tacrolimus</i>)	3	
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	1 or 1b*	
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>tacrolimus</i>)	2	SP
PROGRAF ORAL CAPSULE (<i>tacrolimus</i>)	3	
PROGRAF ORAL PACKET (<i>tacrolimus</i>)	3	
RAPAMUNE ORAL SOLUTION (<i>sirolimus</i>)	3	
RAPAMUNE ORAL TABLET (<i>sirolimus</i>)	3	
<i>sirolimus oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>sirolimus oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>tacrolimus oral capsule</i>	1 or 1b*	
ZORTRESS ORAL TABLET (<i>everolimus</i>)	3	
*MISC NATURAL PRODUCTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
DIM-PLUS ORAL CAPSULE (<i>misc natural products</i>)	2	
*MONOCLONAL ANTIBODIES*** - VITAMINS AND MINERALS		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>satralizumab-mwge</i>)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>emapalumab-lzsg</i>)	3	PA; LD; SP
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>basiliximab</i>)	3	
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>inebilizumab-cdon</i>)	5	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (<i>rozanolixizumab-noli</i>)	5	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (<i>rozanolixizumab-noli</i>)	5	PA; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (<i>efgartigimod alfa-fcab</i>)	5	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
*PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB*** - VITAMINS AND MINERALS		
VIJOICE ORAL PACKET (<i>alpelisib</i>)	5	PA; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (<i>alpelisib</i>)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (<i>alpelisib</i>)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
*POTASSIUM REMOVING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (<i>sodium zirconium cyclosilicate</i>)	3	QL (3 packets per 1 day)
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	1 or 1b*	
<i>sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension</i>	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	3	QL (8 packets per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	3	QL (1 packet per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM (<i>patiromer sorbitex calcium</i>)	3	QL (3 packets per 1 day)
*PROSTAGLANDINS*** - VITAMINS AND MINERALS		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (<i>alprostadil</i>)	3	
*PURINE ANALOGS*** - VITAMINS AND MINERALS		
<i>azasan oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>azathioprine oral tablet</i>	1 or 1b*	
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	
IMURAN ORAL TABLET (<i>azathioprine</i>)	3	
*ROCK INHIBITORS*** - VITAMINS AND MINERALS		
REZUROCK ORAL TABLET (<i>belumosudil mesylate</i>)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); OC
*SCLEROSING AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>polidocanol</i>)	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ethanolamine oleate</i>)	3	
<i>sodium tetradecyl sulfate intravenous solution</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % (<i>sodium tetradecyl sulfate</i>)	1 or 1b*	
<i>sotradecol intravenous solution 3 %</i>	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (<i>polidocanol</i>)	3	
*SELECTIVE T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS*** - VITAMINS AND MINERALS		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>belatacept</i>)	3	PA
*TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>anifrolumab-fnia</i>)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*UREMIC PRURITUS AGENTS*** - VITAMINS AND MINERALS		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>difelikefalin acetate</i>)	3	PA
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
*ANESTHETICS TOPICAL ORAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>lidocaine hcl mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
*ANTI-INFECTIVES - THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	1 or 1b*	QL (5 tablet per 1 day)
<i>nystatin mouth/throat suspension</i>	3	QL (24 mL per 1 day)
ORAVIG BUCCAL TABLET (<i>miconazole</i>)	3	
*ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION (<i>chlorhexidine gluconate</i>)	3	QL (480 mL per 30 days)
<i>periogard mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	QL (480 mL per 30 days)
*DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>denta 5000 plus sensitive dental gel</i>	3	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF DENTAL GEL (<i>sod fluoride-potassium nitrate</i>)	3	
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL GEL (<i>sod fluoride-potassium nitrate</i>)	3	
PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL GEL (<i>sod fluoride-potassium nitrate</i>)	3	
<i>sodium fluoride 5000 enamel dental gel</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>sodium fluoride 5000 sensitive dental gel</i>	1 or 1b*	
*FLUORIDE DENTAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>clinpro 5000 dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>denta 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>dentagel dental gel</i>	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
<i>easygel dental gel</i>	1 or 1b*	
<i>fluoridex daily renewal mouth/throat concentrate</i>	1 or 1b*	
<i>fluoridex dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>fluoridex enhanced whitening dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>fraiche 5000 dental dental gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 KIDS DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.7 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (3.4 grams per 1 day)
PREVIDENT DENTAL GEL (<i>sodium fluoride</i>)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION (<i>sodium fluoride</i>)	3	
<i>sf 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sf dental gel</i>	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 plus dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental gel</i>	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride dental cream</i>	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
<i>sodium fluoride mouth/throat solution</i>	1 or 1a*	
*LOZENGES*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>medikoff drops mouth/throat lozenge 5.8 mg</i>	1 or 1b*	
*PROTECTANTS - MOUTH/THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
GELCLAIR MOUTH/THROAT GEL (<i>povidone-nahyaluron-glycyrrhet</i>)	3	
*SALIVA STIMULANTS*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>cevimeline hcl oral capsule</i>	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE (<i>cevimeline hcl</i>)	3	
<i>pilocarpine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SALAGEN ORAL TABLET (<i>pilocarpine hcl</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
*STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT		
<i>triamcinolone acetonide</i> (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
<i>oralone mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</i>	1 or 1b*	
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*B-COMPLEX VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex-b12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex plus b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin b complex w/b-12 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamin-b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C & CALCIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>gnp b-complex plus vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc b-complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>dialyvite 800 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql super b complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	1 or 1b*; \$0	
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nephro vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET (<i>b complex-c-folic acid</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>renal vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>rena-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm b super vitamin complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET	2; \$0	
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b complex/fa/vit c oral tablet</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/ C*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>allbee/c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b complex-c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex-c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>better b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs super b complex/c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	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		
<i>b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex/electrolytes oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>big 100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kobee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm balanced b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*B-COMPLEX W/BIOTIN & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>b complex 100 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 complex cr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-100 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balance b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-100 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50/fa oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-compleet-100 oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>b-compleet-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>big 100 (biotin) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>complex b-100 oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>complex b-50 prolonged release oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>endur-b oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql b complex 50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eql b-100 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft b-100 complex pr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp b-100 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp b-50 complex oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc b50 prolonged release oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>quin b strong b-25 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-100 cr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra balanced b-50 tr oral tablet extended release</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super b-complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super dec b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>super quints b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>yl balanced b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
*MULTIPLE VITAMINS W/ IRON*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin plus iron adult oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nat-rul daily-vite+iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress b complex/iron oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-iron</i>)	2; \$0	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & CALCIUM-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FOLGARD OS ORAL TABLET (<i>multiple vit-min-calcium-fa</i>)	3	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION		
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>multi vit-min-fluoride-fe-fa</i>)	3	
*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	2	
<i>alive daily energy oral tablet</i>	2	
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL CAPSULE (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	2	
CENTRUM MINIS WOMEN IMMUNE SUP ORAL TABLET (<i>multiple vitamins-minerals</i>)	2	
<i>gnp century adult oral tablet</i>	2	
<i>medi tab oral tablet</i>	3	
<i>thera-vite max-m oral tablet</i>	2	
*MULTIVITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily vites oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>daily-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ESTROFACTORS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION (<i>multiple vitamin</i>)	3	
<i>multi vitamin oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET	2; \$0	
<i>multiple vitamin-folic acid oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	2; \$0	
<i>multivitamin iron-free oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; \$0	
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
NEOMULTIVITE ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>novite oral capsule</i>	1 or 1b*	
OMNICAP ORAL TABLET	2; \$0	
<i>once daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily essential oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily essentials oral tablet</i>	2; \$0	
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one daily oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>qc essentials oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
QUINTABS ORAL TABLET	2; \$0	
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>stress formula/zinc/energy oral tablet</i>	2; \$0	
<i>stresstabs energy oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>tab-a-vite/beta carotene oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
THERA ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>thera-tabs oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
THEREMS ORAL TABLET (<i>multiple vitamin</i>)	2; \$0	
<i>tm-daily vite oral tablet</i>	2; \$0	
<i>true daily vite oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>true multivitamin oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitalee oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION (<i>multiple vitamin</i>)	3	
*PED MULTI VITAMINS W/FL & FE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution</i>	1 or 1b*	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	3	
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (<i>ped multivitamins-fl-iron</i>)	3	
*PED MV W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral solution</i>	2	
<i>multi-vitamin/fluoride oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable</i>	2; \$0	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (<i>pediatric multivitamins-fl</i>)	3	
*PED VITAMINS ACD & FA W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (<i>ped vit a-c-d-methylfolate-fl</i>)	3	
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	
*PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>tri-vite/fluoride oral solution</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>vitamins acd-fluoride oral solution</i>	1 or 1b*	
*PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS & MINERALS W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (<i>ped multiple vit-minerals-fl</i>)	3	
*PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (<i>pediatric multiple vitamins</i>)	3	
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (<i>prenatal vit-dss-fe cbn-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ATABEX OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit w/ fe bisg-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
AZESCO ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL B-CALM ORAL (<i>prenat w/o a fecbnfeglu-fa & b6</i>)	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 (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CVS PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
<i>elite-ob oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ENBRACE HR ORAL CAPSULE (<i>prenat vit-fe gly cys-fa-omega</i>)	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 (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
<i>inatal gt oral tablet</i>	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)
<i>natal pnv oral tablet</i>	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
NEEVO DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL PLUS ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
<i>neonatal prenatal oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL (<i>prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET (<i>prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasppl-fa-fish</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-iron carbonyl-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasppl-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET (<i>prenatal-fe cbn-fe asp gly-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecbn-feasppl-fa-omega</i>)	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)
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	2; \$0	QL (1 EA per 1 day)
<i>pnv prenatal plus multivit+dha oral</i>	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)
<i>pnv-select oral tablet</i>	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)
<i>prenatal 19 oral tablet chewable</i>	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)
<i>prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg</i>	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; \$0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; \$0	QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (<i>prenatal w/o a vit-fe fum-fa</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (<i>prenatal-feaspgly-methylfol-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRIMACARE ORAL CAPSULE (<i>pren-fe-meth-fa-omeg w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa</i>)	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 (<i>prenat vit-fepoly-methylfol-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG (<i>prenatal vit-fe psac cmplx-fa</i>)	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 (<i>prenat-fefum-fepo-fa-omega 3</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
<i>trinate oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (<i>prenat w/oa-fefum-methf-omegas</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (<i>prenatal vit-fe phos-fa-omega</i>)	2	QL (3 gummies per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<i>prenat-fefum-fered-fa-dha w/oa</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET (<i>prenatal vit-fe fumarate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VIVA DHA ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fe fum-fa-omega</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL*** - DRUGS FOR NUTRITION		
COMPLETE NATAL DHA ORAL	2	QL (2 units per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>wesnatal dha complete oral</i>	2	QL (2 units per 1 day)
*PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CITRANATAL 90 DHA ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (<i>prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (<i>prenat-fecb-fefum-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ENFAMIL EXPECTA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ONE ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe-methylfol-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
<i>pnv-dha oral capsule</i>	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)
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 (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	2; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (<i>prenat-febn-feasp-meth-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (<i>prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (<i>prenat-fe poly-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (<i>prenatal mv-min-fe fum-fa-dha</i>)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (<i>prenatal vit-fepoly-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (<i>prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha</i>)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL (<i>prenat-fechel-fa-dha w/o vit a</i>)	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 (<i>prenat mv-min-methylfolate-fa</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*PRENATAL VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
PREMESISRX ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATE AM ORAL TABLET (<i>prenatal ca-b6-b12-fa-ginger</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAFOL STRIPS ORAL FILM (<i>prenatal-b6-b12-d3-folic acid</i>)	2	ST; QL (1 EA per 1 day)
*VITAMIN D & K*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>d3 + k2 oral capsule</i>	2	
*VITAMINS W/ LIPOTROPICS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	2; \$0	
<i>b complex (lipotropics) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balance b-100 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>balanced b-50 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2; \$0	
<i>cvs balanced b50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs inner ear plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health formula oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ear health plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
FLAVOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	1 or 1b*; \$0	
<i>lipo flavonoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>lipoflavovit oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
LIPOTRIAD ORAL TABLET (<i>vitamins-lipotropics</i>)	2; \$0	
<i>mega multiple/chelated mineral oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nat-rul b-50 oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>risanoid plus oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ultra b-100 complex oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	
MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
*CENTRAL MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>baclofen oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>carisoprodol oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg</i>	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>metaxalone oral tablet</i>	1 or 1b*	ST; 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>methocarbamol injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>orphenadrine citrate injection solution</i>	1 or 1b*	
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (<i>methocarbamol</i>)	3	
<i>tizanidine hcl oral capsule 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG (<i>tizanidine hcl</i>)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET (<i>tizanidine hcl</i>)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
*DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>dantrolene sodium</i>)	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE (<i>dantrolene sodium</i>)	3	
<i>dantrolene sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>dantrolene sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>revonto intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dantrolene sodium</i>)	3	
*MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
<i>norgesic oral tablet</i>	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)
<i>orphengesic forte oral tablet</i>	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 (<i>palovarotene</i>)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG (<i>palovarotene</i>)	5	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (<i>palovarotene</i>)	5	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 2.5 MG, 5 MG (<i>palovarotene</i>)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*VISCOSUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (<i>cross-linked hyaluronate</i>)	5	PA
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	5	PA
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	4	PA
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hyaluronan</i>)	4	PA
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan g-f 20</i>)	4	PA
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hylan g-f 20</i>)	4	PA
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate (viscosup)</i>)	5	PA
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL - DRUGS FOR THE NOSE		
*ANESTHETIC COMBINATIONS** - ALLERGY		
<i>lidocaine hcl-oxymetazoline nasal solution prefilled syringe</i>	3	
*ANTIHISTAMINE-STEROID*** - ALLERGY		
<i>azelastine-fluticasone nasal suspension</i>	3	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION (<i>azelastine-fluticasone</i>)	3	QL (1 bottle per 30 days)
*NASAL ANESTHETICS*** - ALLERGY		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NUMBRINO NASAL SOLUTION (<i>cocaine hcl (nasal anesthetic)</i>)	3	
*NASAL ANTICHOLINERGICS*** - ALLERGY		
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
*NASAL ANTIHISTAMINES*** - ALLERGY		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray</i>	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
*NASAL STEROIDS*** - ALLERGY		
<i>flunisolide nasal solution</i>	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension</i>	1 or 1a*	QL (1 bottle per 30 days)
<i>mometasone furoate nasal suspension</i>	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	3	
PROPEL NASAL IMPLANT (<i>mometasone furoate</i>)	3	
*SYSTEMIC DECONGESTANTS*** - ALLERGY		
<i>eq sinus & congestion max str oral tablet</i>	1 or 1b*	
NEUROMUSCULAR AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
*ALS AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
RELYVRIO ORAL PACKET (<i>phenylbutyrate-taurursodiol</i>)	5	PA; LD; QL (56 packets per 28 days); SP
*ALS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION (<i>edaravone</i>)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (<i>edaravone</i>)	5	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
*BENZATHIAZOLES*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>riluzole oral tablet</i>	4	PA; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (<i>riluzole</i>)	5	PA; QL (40 mL per 1 day)
*DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (<i>succinylcholine chloride</i>)	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION (<i>succinylcholine chloride</i>)	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE (<i>omaveloxolone</i>)	5	PA; QL (3 capsules per 1 day)
*MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>eteplirsén</i>)	5	PA
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>viltolarsén</i>)	5	PA
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>golodirsén</i>)	5	PA
*MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (<i>givinostat hcl</i>)	5	PA; QL (12 mL per 1 day)
*NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>onabotulinumtoxina</i>)	5	PA
DYSPORE INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>abobotulinumtoxina</i>)	5	PA; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>rimabotulinumtoxinb</i>)	5	PA; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>incobotulinumtoxina</i>)	5	PA; SP
*NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
<i>atracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cisatracurium besylate (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>cisatracurium besylate intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>rocuronium bromide intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>vecuronium bromide intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE-PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
DAYBUE ORAL SOLUTION (<i>trofinetide</i>)	5	PA; QL (120 mL per 1 day)
*SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (<i>risdiplam</i>)	5	PA; QL (5 mg per 1 day)
NUTRIENTS - DRUGS FOR NUTRITION		
*AMINO ACID MIXTURES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (<i>amino acid infusion</i>)	3	
<i>aminosyn ii intravenous solution 15 %</i>	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d5w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d10w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d5w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d15w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid elect-calc in d20w</i>)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d10w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d5w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d15w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion in d20w</i>)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>clinisol sf intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>plenamine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>amino acid infusion</i>)	3	
*AMINO ACIDS-SINGLE*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cysteine hcl</i>)	3	
*CARBOHYDRATES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %</i>	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
*LIPIDS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emuls plant base(soy/oliv)</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DOJOLVI ORAL LIQUID (<i>triheptanoin</i>)	5	PA; LD; QL (2 bottles per 30 days); SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	3	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emulsion plant based (soy)</i>)	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>fish oil triglyceride based</i>)	3	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (<i>fat emul fish oil/plant based</i>)	3	
*MISC. NUTRITIONAL SUBSTANCES*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>asian ginseng oral capsule</i>	2	
OVEGA-3 ORAL CAPSULE 250 MG (<i>omega-3 fatty acids</i>)	2	
*PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i>)	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (<i>amino ac-dext-lipid-electrolyt</i>)	3	
OPHTHALMIC AGENTS - DRUGS FOR THE EYE		
*ALPHA ADRENERGIC AGONIST & CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>brinzolamide-brimonidine</i>)	2	QL (8 mL per 30 days)
*ARTIFICIAL TEAR AND LUBRICANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>lubricant eye pm ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	
REFRESH P.M. OPHTHALMIC OINTMENT (<i>white petrolatum-mineral oil</i>)	1 or 1b*	
*ARTIFICIAL TEARS AND LUBRICANTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
EYES ALIVE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>carboxymethylcellulose sodium</i>)	1 or 1b*	
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)
*BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>timolol hemihydrate</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>betaxolol hcl</i>)	2	QL (15 mL per 30 days)
<i>carteolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>timolol maleate ocudose ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>timolol maleate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %</i>	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)
<i>timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (<i>timolol maleate</i>)	3	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (<i>timolol maleate</i>)	3	QL (20 mL per 30 days)
*CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cyclopentolate-phenylephrine</i>)	3	
MYDCOMBI OPHTHALMIC SOLUTION CARTRIDGE (<i>tropicamide-phenylephrine</i>)	3	
*CYCLOPLEGIC MYDRIATICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (<i>cyclopentolate hcl</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
<i>cyclopentolate hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tropicamide</i>)	3	
<i>phenylephrine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tropicamide ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lifitegrast</i>)	2	PA; QL (2 vial per 1 day)
*MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (<i>echothiophate iodide</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
*MIOTICS - DIRECT ACTING*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>acetylcholine chloride</i>)	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (<i>carbachol</i>)	3	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (<i>faricimab-svoa</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC ANTIALLERGIC*** - DRUGS FOR ITCHY EYE		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
<i>epinastine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIBIOTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>azithromycin</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>bacitracin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>besifloxacin hcl</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>erythromycin ophthalmic ointment</i>	3	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>levofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>mitomycin intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
MITOSOL OPHTHALMIC KIT (<i>mitomycin</i>)	3	
<i>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ofloxacin</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>ofloxacin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin</i>)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (<i>moxifloxacin hcl</i>)	3	QL (3 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTIFUNGAL*** - DRUGS FOR THE EYE		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>natamycin</i>)	3	QL (15 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
<i>neo-polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC ANTISEPTICS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (<i>povidone-iodine</i>)	3	
*OPHTHALMIC ANTIVIRALS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>trifluridine ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 30 days)
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (<i>ganciclovir</i>)	3	QL (5 gram per 7 days)
*OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>brinzolamide ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C3 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
SYFOVRE INTRAVITREAL SOLUTION (<i>pegcetacoplan (ophthalmic)</i>)	5	PA
*OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION (<i>avacincaptad pegol</i>)	5	PA; LD; SP
*OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>ak-fluor intravenous solution 10 %</i>	1 or 1b*	
<i>ak-fluor intravenous solution 25 %</i>	3	
<i>altafluor benox ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>fluorescein intravenous solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCIN SODIUM/BENOXINATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	
<i>fluorescein-benoxinate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION (<i>fluorescein sodium</i>)	3	
FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>fluorexon-benoxinate</i>)	3	
*OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
XDEMVIY OPHTHALMIC SOLUTION (<i>lotilaner</i>)	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
*OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>cyclosporine ophthalmic emulsion</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 vials per 1 day)
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	2	PA; QL (1 bottle per 28 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	2	PA; QL (2 vials per 1 day)
VERKAZIA OPHTHALMIC EMULSION (<i>cyclosporine</i>)	3	PA; QL (120 vials 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (<i>ophth irr soln-intraocular</i>)	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (<i>ophth irr soln-intraocular</i>)	3	
*OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil-latanoprost</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETIC - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
<i>bup-lido intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
<i>lidocaine hcl-bupivacaine hcl intraocular solution prefilled syringe</i>	3	
*OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS*** - DRUGS FOR THE EYE		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (<i>lidocaine hcl</i>)	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>proparacaine hcl</i>)	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL (<i>chloroprocaine hcl</i>)	3	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>tetracaine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
*OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS*** - DRUGS FOR THE EYE		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cenegermin-bkbj</i>)	5	PA; QL (2 vials per 1 day)
*OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION (<i>ketorolac tromethamine</i>)	3	QL (1 box per 30 days)
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (1.7 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %</i>	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.075 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bromfenac sodium</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	2	QL (3 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>nepafenac</i>)	3	QL (3 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR THE EYE		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>verteporfin</i>)	5	LD; QL (1 fill per 30 days); SP
*OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>riboflav5 & riboflav5-dextran</i>)	3	
*OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>netarsudil dimesylate</i>)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION (<i>brimonidine tartrate</i>)	3	QL (30 mL per 30 days)
<i>apraclonidine hcl ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (<i>apraclonidine hcl</i>)	3	
*OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	3	QL (7 mL per 30 days)
MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 % (<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>)	3	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</i>	1 or 1a*	QL (7 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</i>	1 or 1a*	QL (15 mL per 30 days)
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>tobramycin-dexamethasone</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol-tobramycin</i>)	2	QL (20 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (<i>dexamethasone</i>)	3	
DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	3	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (<i>difluprednate</i>)	3	QL (10 mL per 30 days)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone acetate</i>)	3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	3	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>fluorometholone</i>)	3	
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	5	PA; LD; SP
INVELTYS OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (5.6 mL per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (10 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (7 grams per 30 days)
LOTEMAX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (30 mL per 30 days)
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL (<i>loteprednol etabonate</i>)	3	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic gel</i>	1 or 1b*	QL (10 grams per 30 days)
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	1 or 1b*	QL (30 mL per 30 days)
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>dexamethasone</i>)	3	
OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (<i>dexamethasone</i>)	3	PA; LD; SP
PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (<i>prednisolone acetate</i>)	3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION	3	QL (20 mL per 30 days)
RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	PA; LD; SP
TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	3	
XIPERE INTRAOCULAR SUSPENSION (<i>triamcinolone acetonide</i>)	5	PA
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	PA
*OPHTHALMIC SULFONAMIDES*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</i>	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE EYE		
DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	3	
DUOVISC INTRAOCULAR KIT 0.4-0.35 ML, 0.55-0.5 ML (<i>na hyalur & na chond-na hyalur</i>)	3	
OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION (<i>phenylephrine-ketorolac</i>)	3	
VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>na chondroit sulf-na hyaluron</i>)	3	
*OPHTHALMIC SURGICAL AIDS*** - DRUGS FOR THE EYE		
AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	5	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (<i>hypromellose</i>)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	5	
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	5	
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	5	
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	5	
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	5	
TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>brilliant blue g</i>)	3	
TOTALVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>sodium hyaluronate</i>)	3	
VISIONBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>trypan blue</i>)	3	
*OPHTHALMICS - BLEPHAROPTOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE		
UPNEEQ OPHTHALMIC SOLUTION (<i>oxymetazoline hcl</i>)	3	PA; QL (30 containers per 30 days)
*OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS** - DRUGS FOR THE EYE		
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cysteamine hcl</i>)	3	PA; QL (4 bottles per 28 days)
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>cysteamine hcl</i>)	4	PA; QL (60 mL per 28 days)
*PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC*** - DRUGS FOR GLAUCOMA		
<i>bimatoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (<i>bimatoprost</i>)	5	PA; QL (2 applicators per 1 lifetime); SP
IYUZEH OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprost</i>)	3	QL (30 units per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>bimatoprost</i>)	2	QL (7.5 mL per 30 days)
<i>tafluprost (pf) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (9 mL per 30 days)
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION (<i>latanoprostene bunod</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
XELPROS OPHTHALMIC EMULSION (<i>latanoprost</i>)	3	QL (5 mL per 30 days)
ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION (<i>tafluprost</i>)	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 11012024

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 (<i>brolocizumab-dbl</i>)	5	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab-nuna</i>)	4	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab-eqrn</i>)	4	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept</i>)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (<i>aflibercept</i>)	4	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>aflibercept</i>)	4	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ranibizumab</i>)	4	PA; LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	5	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (<i>ranibizumab</i>)	5	LD; SP
OTIC AGENTS - DRUGS FOR THE EAR		
*OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS*** - WAX REMOVAL		
<i>acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	
*OTIC ANALGESIC COMBINATIONS**** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
PRAMOTIC OTIC LIQUID (<i>pramoxine-chloroxylenol</i>)	3	
*OTIC ANTI-INFECTIVES*** - ANTIBIOTICS		
CETRAXAL OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin hcl</i>)	3	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ciprofloxacin hcl otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 containers per 1 fill)
<i>ofloxacin otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
*OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS**** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (7.5 mL per 1 fill)
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution</i>	1 or 1b*	QL (28 vials per 1 fill)
CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION (<i>neomycin-colist-hc-thonzonium</i>)	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution</i>	1 or 1b*	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
OTOVEL OTIC SOLUTION (<i>ciprofloxacin-fluocinolone</i>)	3	QL (28 vials per 1 fill)
*OTIC STEROIDS*** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES		
DERMOTIC OTIC OIL (<i>fluocinolone acetonide</i>)	3	
<i>flac otic oil</i>	1 or 1b*	
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
OXYTOCICS - HORMONES		
*ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>carboprost tromethamine intramuscular solution prefilled syringe</i>	3	
CERVIDIL VAGINAL INSERT (<i>dinoprostone</i>)	3	
HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>carboprost tromethamine</i>)	3	
PREPIDIL VAGINAL GEL (<i>dinoprostone</i>)	3	
*OXYTOCICS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>methergine oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>methylergonovine maleate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>methylergonovine maleate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>oxytocin injection solution</i>	1 or 1b*	
PITOCIN INJECTION SOLUTION (<i>oxytocin</i>)	3	
PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS - BIOLOGICAL AGENTS		
*ANTITOXINS-ANTIVENINS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>centruroides (scorpion) im fab</i>)	3	
ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae immune fab (equine)</i>)	3	
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT	3	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>crotalidae polyval immune fab</i>)	3	
*ANTIVIRAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS		
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (<i>nirsevimab-alip</i>)	5; \$0	PA; QL (2 syringe per 180 days)
BEYFORTUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/0.5ML (<i>nirsevimab-alip</i>)	5; \$0	PA; QL (1 syringe per 1 lifetime)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pemivibart</i>)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>palivizumab</i>)	5	PA; LD; SP
*BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES*** - BIOLOGICAL AGENTS		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>bezlotoxumab</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*IMMUNE SERUMS*** - BIOLOGICAL AGENTS		
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>botulism immune globulin human</i>)	3	
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION (<i>vaccinia immune globulin human</i>)	3	
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-hipp</i>)	4	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>cytomegalovirus immune glob</i>)	5	SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>immune globulin (human)</i>)	5	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	5	SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 GM/5ML, 2 GM/10ML, 4 GM/20ML (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 GM/50ML (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	5	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	5	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (<i>rabies immune globulin</i>)	5	SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	5	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
HYPERTET INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus immune globulin</i>)	3	
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION (<i>rabies immune globulin</i>)	5	SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	5	SP
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	5	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>hepatitis b immune globulin</i>)	5	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)</i>)	4	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	5	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>rho d immune globulin</i>)	5	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>varicella-zoster immune glob</i>)	3	
WINRHO SDF INJECTION SOLUTION (<i>rho d immune globulin</i>)	5	QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<i>immune globulin (human)-klhw</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PENICILLINS - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOPENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml</i>	3	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>amoxicillin oral tablet chewable</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*NATURAL PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>penicillin g benzathine</i>)	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>penicillin v potassium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>pfizerpen injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
*PENICILLIN COMBINATIONS*** - ANTIBIOTICS		
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	3	
AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	2	
AUGMENTIN ORAL TABLET (<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	3	
BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>penicillin g benzathine & proc</i>)	3	
<i>pipracillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	3	
UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>)	3	
ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>pipracillin-tazobactam in dex</i>)	3	
*PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS*** - ANTIBIOTICS		
<i>dicloxacillin sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS		
*SEMI SOLID VEHICLES***		
<i>ft petroleum jelly external gel</i>	1 or 1b*	
PROGESTINS - HORMONES		
*PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>norethindrone acetate</i> (Gallifrey Oral Tablet)	1 or 1b*	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet</i>	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	1 or 1b*	
<i>norethindrone acetate oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone intramuscular oil</i>	1 or 1b*	
<i>progesterone oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>progesterone oral capsule 200 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsule per 1 day)
PROVERA ORAL TABLET (<i>medroxyprogesterone acetate</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
*AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>lofexidine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*ALCOHOL DETERRENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
<i>disulfiram oral tablet</i>	1 or 1b*	
*ANTI-CATAPLECTIC AGENTS*** - DRUGS FOR SLEEP DISORDER		
<i>sodium oxybate oral solution</i>	3	PA; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION (<i>sodium oxybate</i>)	3	PA; QL (18 mL per 1 day)
*ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	2	QL (1 pack per 1 one-time fill)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>)	2	QL (1 capsule per 1 day)
*ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>inotersen sodium</i>)	5	PA; QL (4 syringes per 28 days)
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>eplontersen sodium</i>)	5	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
*BENZODIAZEPINES & TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	
*CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG (<i>donepezil hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG (<i>donepezil hcl</i>)	3	DO
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (<i>rivastigmine</i>)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR (<i>rivastigmine</i>)	3	ST; QL (1 gram per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 patch per 1 day)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr</i>	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)
*FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
SAVELLA ORAL TABLET (<i>milnacipran hcl</i>)	2	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (<i>milnacipran hcl</i>)	2	QL (1 pack per 365 days)
*MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>bremelanotide acetate</i>)	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
*MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AUSTEDO ORAL TABLET (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; 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 (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (<i>deutetrabenazine</i>)	4	PA; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>valbenazine tosylate</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
*MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>teriflunomide oral tablet</i>	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 (<i>cladribine</i>)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); 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 11012024

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

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (<i>ofatumumab</i>)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alemtuzumab</i>)	5	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (<i>natalizumab</i>)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
*MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 120 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
<i>dimethyl fumarate oral capsule delayed release 240 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
<i>dimethyl fumarate starter pack oral capsule delayed release therapy pack</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>diroximel fumarate</i>)	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 (<i>dalfampridine</i>)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</i>	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 (<i>glatiramer acetate</i>)	4	PA; QL (12 syringe per 28 days); SP
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; QL (12 syringe per 28 days); SP
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	4	PA; QL (1 syringe per 1 day); SP
<i>glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	4	PA; QL (12 syringe per 28 days); SP
*N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE		
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 7 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 21 mg, 28 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>memantine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 6 months)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>memantine hcl oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	DO
NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET (<i>memantine hcl</i>)	3	QL (1 tablet per 6 months)
*PHENOTHIAZINES & TRICYCLIC AGENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet</i>	1 or 1b*	AL
*POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS*** - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN		
<i>gabapentin (once-daily) oral tablet</i>	1 or 1b*	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 300 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG (<i>gabapentin (once-daily)</i>)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG (<i>pregabalin</i>)	3	PA; DO
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG (<i>pregabalin</i>)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg</i>	1 or 1b*	PA; DO
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg</i>	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
*PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg</i>	1 or 1b*	DO
<i>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
*PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (<i>dextromethorphan-quinidine</i>)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
*PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>ergoloid mesylates oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
<i>pimozide oral tablet 2 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
*SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
ADDYI ORAL TABLET (<i>flibanserin</i>)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
*SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID (SIRNA) AGENTS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>vutrisiran sodium</i>)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 90 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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (<i>patisiran sodium</i>)	5	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
*SMOKING DETERRENTS*** - DRUGS FOR DEPRESSION		
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>cvs nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>cvs nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>eq nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ft nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>habitrol transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit2 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>kls quit4 mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (<i>nicotine</i>)	2; \$0	
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	2; \$0	
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE (<i>nicotine polacrilex</i>)	2; \$0	
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM (<i>nicotine polacrilex</i>)	2; \$0	
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; \$0	
<i>nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
NICOTROL INHALATION INHALER (<i>nicotine</i>)	3; \$0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (<i>nicotine</i>)	3; \$0	QL (4 mL per 1 day)
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra mini nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine gum mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>ra nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>thrive mouth/throat gum</i>	1 or 1b*; \$0	
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack</i>	1 or 1b*; \$0	QL (53 dose pack per 365 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablets per 1 day)
<i>varenicline tartrate oral tablet 1 mg</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablet per 1 day)
<i>varenicline tartrate(continue) oral tablet</i>	1 or 1b*; \$0	QL (2 tablet per 1 day)
*SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS*** - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS		
<i>fingolimod hcl oral capsule</i>	4	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (<i>fingolimod hcl</i>)	5	PA; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG (<i>siponimod fumarate</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET (<i>ponesimod</i>)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>ponesimod</i>)	5	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (<i>ozanimod hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (<i>ozanimod hcl</i>)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
*THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
LYBALVI ORAL TABLET (<i>olanzapine-samidorphane</i>)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
*THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS*** - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS		
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE (<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>)	3	DO; AL
*VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM		
<i>paroxetine mesylate oral capsule</i>	1 or 1b*	
RESPIRATORY AGENTS - MISC. - DRUGS FOR THE LUNGS		
*ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN)*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	5	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	5	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	5	PA
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>alpha1-proteinase inhibitor</i>)	5	PA; LD; SP
*CFTR POTENTIATORS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
KALYDECO ORAL PACKET (<i>ivacaftor</i>)	5	PA; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (<i>ivacaftor</i>)	5	PA; QL (2 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	5	PA; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	5	PA; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (<i>lumacaftor-ivacaftor</i>)	5	PA; QL (4 tablet per 1 day)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>tezacaftor-ivacaftor</i>)	5	PA; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	5	PA; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (<i>elexacaftor-tezacaftor-ivacaft</i>)	5	PA; QL (1 carton per 28 days)
*CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS*** - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	5	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (<i>mannitol (cystic fibrosis)</i>)	5	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
*HYDROLYTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (<i>dornase alfa</i>)	5	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
*PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
OFEV ORAL CAPSULE (<i>nintedanib esylate</i>)	5	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
*PULMONARY FIBROSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE LUNGS		
<i>pirfenidone oral capsule</i>	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg</i>	4	PA; QL (3 tablets per 1 day)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
SULFONAMIDES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*SULFONAMIDES*** - ANTIBIOTICS		
<i>sulfadiazine oral tablet</i>	1 or 1b*	
TETRACYCLINES - DRUGS FOR INFECTIONS		
*AMINOMETHYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>omadacycline tosylate</i>)	3	
NUZYRA ORAL TABLET (<i>omadacycline tosylate</i>)	3	PA; QL (30 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
*FLUOROCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>eravacycline dihydrochloride</i>)	3	
*GLYCYLCYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>tigecycline</i>)	3	
*TETRACYCLINES*** - ANTIBIOTICS		
<i>demeclocycline hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>doxy 100 intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 150 mg</i>	3	ST
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (600 mL per 30 days)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg</i>	1 or 1b*	
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>minocycline hcl</i>)	3	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>minocycline hcl oral tablet 50 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>mondoxylene nl oral capsule</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>targadox oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tetracycline hcl oral capsule</i>	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		
<i>methimazole oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>propylthiouracil oral tablet</i>	1 or 1b*	
*THYROID HORMONES*** - DRUGS FOR THYROID		
ADTHYZA ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARMOUR THYROID ORAL TABLET (<i>thyroid</i>)	3	
CYTOMEL ORAL TABLET (<i>liothyronine sodium</i>)	3	
<i>euthyrox oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>levo-t oral tablet</i>	1 or 1b*	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
<i>levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml</i>	3	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
<i>levothyroxine sodium oral capsule</i>	1 or 1b*	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>levoxyl oral tablet</i>	1 or 1a*	
<i>liothyronine sodium intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>liothyronine sodium oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>niva thyroid oral tablet</i>	3	
<i>np thyroid oral tablet</i>	1 or 1a*	
SYNTHROID ORAL TABLET (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
<i>thyroid oral tablet</i>	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION (<i>levothyroxine sodium</i>)	3	
<i>unithroid oral tablet</i>	1 or 1a*	
TOXOIDS - BIOLOGICAL AGENTS		
*TOXOID COMBINATIONS*** - VACCINES		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	3; \$0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tetanus-diphth-acell pertussis</i>)	3; \$0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	3; \$0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>diphth-acell pertussis-tetanus</i>)	3; \$0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-hepatitis b recomb-ipv</i>)	3; \$0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dtap-ipv-hib vaccine</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv vaccine</i>)	3; \$0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	3; \$0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<i>tetanus-diphtheria toxoids td</i>)	3; \$0	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3; \$0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb</i>)	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb</i>)	3	
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR THE STOMACH		
*ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
<i>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule</i>	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE (<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>)	3	
*ANTISPASMODICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>dicyclomine hcl</i>)	3	
<i>dicyclomine hcl intramuscular solution</i>	1 or 1b*	
<i>dicyclomine hcl oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	1 or 1a*	
<i>dicyclomine hcl oral tablet</i>	1 or 1a*	
*BELLADONNA ALKALOIDS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
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 ANTAGONIST-ANTACID COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>goodsense dual action complete oral tablet chewable</i>	1 or 1b*	
*H-2 ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>cimetidine hcl oral solution</i>	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>cimetidine oral tablet 800 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
<i>eq famotidine oral tablet</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>famotidine (pf) intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>famotidine premixed intravenous solution</i>	1 or 1b*	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
<i>nizatidine oral capsule 300 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG (<i>famotidine</i>)	3	QL (4 tablets per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 40 MG (<i>famotidine</i>)	3	QL (2 tablets per 1 day)
*MISC. ANTI-ULCER*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CARAFATE ORAL SUSPENSION (<i>sucralfate</i>)	3	
CARAFATE ORAL TABLET (<i>sucralfate</i>)	3	
<i>sucralfate oral suspension</i>	1 or 1b*	
<i>sucralfate oral tablet</i>	1 or 1b*	
*PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole magnesium oral packet</i>	1 or 1b*	
<i>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>ft acid reducer oral capsule delayed release 20 mg</i>	1 or 1b*	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	1 or 1b*	
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>esomeprazole sodium</i>)	3	
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	1 or 1b*	
<i>pantoprazole sodium-nacl intravenous solution</i>	3	
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (<i>pantoprazole sodium</i>)	3	
*QUATERNARY ANTICHOLINERGICS*** - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
GLYCATO ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	PA
<i>glycopyrrolate injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate oral solution</i>	1 or 1b*	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	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 11/01/2024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
<i>glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml</i>	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
<i>methscopolamine bromide oral tablet</i>	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET (<i>glycopyrrolate</i>)	3	
*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL (<i>metronid-tetracyc-bis subsal</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
*ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack</i>	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL (<i>amoxicill-clarithro-omeprazole</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>amoxicill-rifabutin-omeprazole</i>)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
*ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS*** - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID		
CYTOTEC ORAL TABLET (<i>misoprostol</i>)	3	\$0 for Fully insured members in California
<i>misoprostol oral tablet</i>	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		
<i>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral solution</i>	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg</i>	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
<i>solifenacin succinate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tolterodine tartrate oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
<i>tropium chloride er oral capsule extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
<i>tropium chloride oral tablet</i>	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>mirabegron er oral tablet extended release 24 hour</i>	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (<i>mirabegron</i>)	3	QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (<i>mirabegron</i>)	3	QL (1 tablet per 1 day)
*URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>bethanechol chloride oral tablet</i>	1 or 1b*	
*URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS*** - DRUGS FOR THE BLADDER		
<i>flavoxate hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
VACCINES - BIOLOGICAL AGENTS		
*BACTERIAL VACCINES*** - VACCINES		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3; \$0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b recomb omv adj</i>)	3; \$0	
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>anthrax vaccine adsorbed</i>)	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 21-valent conjuga</i>)	3; \$0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>mening acy&w-135 tetanus conj</i>)	3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	3; \$0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>meningococcal a c y&w-135 olig</i>)	3; \$0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>haemophilus b polysac conj vac</i>)	3; \$0	

MARCA=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>mening acyw(tet conj)-b(rcmb)</i>)	3; \$0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal vac polyvalent</i>)	2; \$0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 20-val conj vacc</i>)	2; \$0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>meningococcal b vac (recomb)</i>)	3; \$0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>typhoid vi polysaccharide vacc</i>)	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>cholera vac live attenuated</i>)	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>pneumococcal 15-val conj vacc</i>)	2; \$0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (<i>typhoid vaccine</i>)	2	
*VIRAL VACCINE COMBINATIONS*** - VACCINES		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	3; \$0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles, mumps & rubella vac</i>)	3; \$0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>measles-mumps-rubella-varicell</i>)	3; \$0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis a-hep b recomb vac</i>)	3; \$0	
*VIRAL VACCINES*** - VACCINES		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>rsv pre-fusion f a&b vac rcmb</i>)	3; \$0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<i>smallpox vaccine</i>)	3; \$0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rsvpref3 vac recomb adjuvanted</i>)	3; \$0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (<i>influenza a (h5n1) subunit adj</i>)	2	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (<i>influenza a (h5n1) subunit adj</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>dengue virus vaccine live tetr</i>)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>ebola zaire virus vaccine live</i>)	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac a&b surf ant adj</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac recombinant ha</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac tiss-cult subunt</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (<i>influenza virus vaccine live</i>)	2; \$0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza vac split high-dose</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>influenza virus vaccine split</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>influenza virus vacc split pf</i>)	2; \$0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hpv 9-valent recomb vaccine</i>)	2; \$0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recomb adj</i>)	3; \$0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies virus vaccine, hdc</i>)	3	
IPOLE INJECTION INJECTABLE (<i>poliovirus vaccine inactivated</i>)	3; \$0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (<i>chikungunya virus vaccine live</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>japanese encephalitis vac inac</i>)	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (<i>smallpox & monkeypox vac, live</i>)	3; \$0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>rsv mrna pre-f virus vaccine</i>)	3; \$0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
<i>novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe</i>	2; \$0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension</i>	2; \$0	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis b vac 3-antigen rcmb</i>)	3; \$0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>rabies vaccine, pcec</i>)	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>hepatitis b vac recombinant</i>)	3; \$0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (<i>rotavirus vaccine live oral</i>)	3; \$0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (<i>rotavirus vac live pentavalent</i>)	3; \$0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>zoster vac recomb adjuvanted</i>)	3; \$0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>covid-19 mrna virus vaccine</i>)	2; \$0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<i>tick-borne encephalitis vacc</i>)	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<i>hepatitis a vaccine</i>)	3; \$0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (<i>varicella virus vaccine live</i>)	3; \$0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (<i>yellow fever vaccine</i>)	3	
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN		
*IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
<i>eq miconazole 3-day combo vaginal kit</i>	1 or 1b*	
<i>eq miconazole 7 vaginal cream</i>	1 or 1b*	
<i>ft miconazole 3 comb pack-supp vaginal kit</i>	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>ft miconazole 3 combo pack vaginal kit</i>	1 or 1b*	
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (<i>butoconazole nitrate (1 dose)</i>)	3	
<i>miconazole 3 vaginal suppository</i>	1 or 1b*	
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
<i>terconazole vaginal suppository</i>	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
*MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR WOMEN		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (<i>prasterone</i>)	3	ST; QL (1 insert per 1 day)
*SPERMICIDES*** - BIRTH CONTROL PILLS		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
TODAY SPONGE VAGINAL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (<i>nonoxynol-9</i>)	2; \$0	
*VAGINAL ANTI-INFECTIVES*** - DRUGS FOR INFECTIONS		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (<i>clindamycin phosphate</i>)	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream</i>	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (<i>clindamycin phosphate (1 dose)</i>)	3	
<i>metronidazole vaginal gel</i>	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	3	
VANAZOLE VAGINAL GEL (<i>metronidazole</i>)	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL (<i>clindamycin phosphate</i>)	3	PA; QL (1 applicator per 1 fill)
*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR WOMEN		
PHEXXI VAGINAL GEL (<i>lactic ac-citric ac-pot bitart</i>)	3	\$0
*VAGINAL ESTROGENS*** - DRUGS FOR WOMEN		
<i>estradiol vaginal cream</i>	1 or 1b*	QL (42.5 grams per 30 days)
<i>estradiol vaginal tablet</i>	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING (<i>estradiol</i>)	3	QL (1 ring per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING (<i>estradiol acetate</i>)	3	QL (1 ring per 90 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 packs per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 inserts 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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (<i>estradiol</i>)	3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (<i>estrogens, conjugated</i>)	2	QL (1 gm per 1 day)
<i>yuvafem vaginal tablet</i>	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
*VAGINAL PROGESTINS*** - DRUGS FOR WOMEN		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (<i>progesterone</i>)	5	SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (<i>progesterone</i>)	5	PA; QL (1 applicator per 1 day); SP
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (<i>progesterone</i>)	3	PA
VASOPRESSORS - DRUGS FOR THE HEART		
*ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION (<i>epinephrine</i>)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT (<i>epinephrine</i>)	3	
*NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	1 or 1b*	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
*VASOPRESSORS*** - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION		
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION (<i>epinephrine-nacl</i>)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<i>ephedrine sulfate (pressors)</i>)	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
<i>epinephrine injection solution 10 mg/10ml</i>	3	
EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (<i>angiotensin ii acetate</i>)	3	
IMMPHENTIV INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION (<i>norepinephrine bitartrate</i>)	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 11012024

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
<i>midodrine hcl oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>norepinephrine bitartrate intravenous solution 2 mg/ml</i>	3	
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ephedrine hcl</i>)	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (<i>phenylephrine hcl (pressors)</i>)	3	
VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION		
*VITAMIN A*** - DRUGS FOR NUTRITION		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (<i>vitamin a</i>)	3	
*VITAMIN B-1*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>thiamine hcl injection solution</i>	1 or 1b*	
*VITAMIN C*** - DRUGS FOR NUTRITION		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (<i>ascorbic acid</i>)	3	
*VITAMIN D*** - DRUGS FOR NUTRITION		
DRISDOL ORAL CAPSULE (<i>ergocalciferol</i>)	3	
<i>ergocalciferol oral capsule</i>	1 or 1a*	
<i>true vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	1 or 1b*	
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit</i>	1 or 1a*	
*VITAMIN K*** - DRUGS FOR NUTRITION		
<i>phytonadione injection solution</i>	1 or 1b*	
<i>phytonadione oral tablet</i>	1 or 1b*	
<i>vitamin k1 injection solution</i>	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 11012024

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS	187	<i>adalimumab-adbm (2 syringe)</i>	18	ALBUTEIN	160
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	187	<i>adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt)</i>	18	<i>albuterol sulfate</i>	32
<i>abacavir sulfate</i>	100	<i>adalimumab-adbm(ps/uv starter)</i>	18	ALBUTEROL SULFATE	32
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	97	<i>adapalene</i>	125	<i>albuterol sulfate hfa</i>	32
ABELCET	54	<i>adapalene-benzoyl peroxide</i>	124	ALCAINE	226
ABILIFY MAINTENA	96	ADASUVE	95	<i>alclometasone dipropionate</i>	129
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT	96	ADCETRIS	73	ALDACTONE	138
ABILIFY MYCITE STARTER KIT	96	ADDYI	239	ALDURAZYME	144
<i>abiraterone acetate</i>	70	<i>adefovir dipivoxil</i>	101	ALECENSA	72
ABLYSINOL	111	ADEMPAS	110	<i>alendronate sodium</i>	139
ABRAXANE	86	<i>adenosine</i>	30	<i>alfuzosin hcl er</i>	153
ABRYSVO	250	ADIPEX-P	13	ALIMTA	70
ABSORICA	125	ADRENALIN	254	ALIQOPA	88
ABSORICA LD	125	ADRENALIN-NACL	254	<i>aliskiren fumarate</i>	63
ACAM2000	250	<i>adriamycin</i>	81	ALIVE CALCIUM BONE SUPPORT	209
<i>acamprosate calcium</i>	235	ADTHYZA	244	<i>alive daily energy</i>	209
<i>acarbose</i>	45	ADVANCED MOBILE LANCET	177	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS	209
ACCOLATE	34	ADVATE	156	ALKINDI SPRINKLE	120
ACCRUFER	164	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE	187	<i>allbee/c</i>	207
ACCU-CHEK AVIVA PLUS	136	ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES	187	<i>allopurinol</i>	155
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS	176	ADVOCATE INSULIN SYRINGE	187	<i>allopurinol sodium</i>	155
ACCU-CHEK GUIDE TEST	136	ADVOCATE LANCETS	177	<i>almotriptan malate</i>	195
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS	176	ADVOCATE LANCETS 30G	177	<i>aloe vera leaf juice</i>	16
ACCU-CHEK SMARTVIEW	137	ADVOCATE LANCETS 30G	177	<i>alogliptin benzoate</i>	46
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS	176	ADVOCATE SAFETY LANCETS	177	<i>alogliptin-metformin hcl</i>	46
ACCURETIC	59	ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G	177	<i>alogliptin-pioglitazone</i>	46
<i>accutane</i>	125	ADYNOVATE	156	<i>alophen</i>	170
ACCU-TREND GLUCOSE	137	<i>adzynma</i>	156	ALOPRIM	155
<i>acebutolol hcl</i>	103	AEMCOLO	64	ALORA	148
ACETADOTE	51	<i>afirmelle</i>	113	<i>alose tron hcl</i>	150
<i>acetaminophen</i>	21	AFLURIA	250	ALPHAGAN P	227
<i>acetaminophen-codeine</i>	23	AFLURIA PRESERVATIVE FREE	250	ALPHANATE	156
<i>acetazolamide</i>	137	AFSTYLA	156	ALPHANINE SD	156
<i>acetazolamide er</i>	137	<i>aftera</i>	117	<i>alprazolam</i>	30
<i>acetazolamide sodium</i>	137	<i>afterpill</i>	117	<i>alprazolam er</i>	29, 30
<i>acetic acid</i>	154, 230	AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS	177	ALPRAZOLAM INTENSOL	30
<i>acetylcysteine</i>	51, 123	AGGRASTAT	159	<i>alprazolam xr</i>	30
<i>acitretin</i>	127	AGRYLIN	161	ALPROLIX	156
ACTHAR	140	AIMOVIG	194	<i>altafluor benox</i>	225
ACTHAR GEL	140	<i>aimSCO lubricated</i>	174	<i>altavera</i>	113
ACTHIB	249	AIMSCO TWIST LANCETS 32G	177	ALTUVIIIIO	156
ACTIFLOVIT EAR HEALTH	216	AIMSCO TWIST LANCETS 33G	177	ALUNBRIG	72
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE	165	AJOVY	194	<i>alvimopan</i>	152
ACTI-LANCE 28G	177	AKEEGA	77	<i>alyacen 1/35</i>	113
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	177	<i>ak-fluor</i>	225	<i>alyacen 7/7/7</i>	119
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	177	AKLIEF	125	<i>alyq</i>	110
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	177	AKOVAZ	254	<i>amantadine hcl</i>	90
ACTIMMUNE	83	AKTEN	226	AMBISOME	54
ACTIVASE	161	AKYNZEO	53	<i>ambrisentan</i>	110
ACTIVELLA	147	AKYNZEO (READY-TO-USE)	53	<i>amcinonide</i>	129
ACTONEL	139	AKYNZEO (TO-BE-DILUTED)	53	AMELUZ	134
ACULAR	226	<i>ala-cort</i>	129	<i>amethyst</i>	117
ACULAR LS	226	<i>albendazole</i>	28	AMIDATE	153
ACUVAIL	226	ALBUKED 25	160	<i>amikacin sulfate</i>	17
<i>acyclovir</i>	102, 128	ALBUKED 5	160	<i>amiloride hcl</i>	138
<i>acyclovir sodium</i>	102	ALBUMIN HUMAN	160	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	138
ADACEL	245	ALBUMINEX	160	<i>aminocaproic acid</i>	165
ADAKVEO	164	ALBUMIN-ZLB	160	<i>aminophylline</i>	35
<i>adalimumab-adbm (2 pen)</i>	18	ALBURX	160	AMINOSYN II	220

<i>amiodarone hcl</i>	31	<i>aprepitant</i>	54	ASSURE ID DUO PRO PEN	
<i>amitriptyline hcl</i>	44	APRETUDE.....	98	NEEDLES.....	187
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	59	<i>apri</i>	113	ASSURE ID PRO PEN NEEDLES.....	187
<i>amlodipine besylate</i>	105	APRISO.....	151	ASSURE ID SAFETY PEN	
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	61	APTIOM.....	37	NEEDLES.....	187
<i>amlodipine-atorvastatin</i>	108	APTIVUS.....	99	ASSURE LANCE LANCETS.....	177
<i>amlodipine-olmesartan</i>	61	<i>aq insulin syringe</i>	187	ASSURE LANCE LANCETS 21G.....	177
<i>amlodipine-valsartan-hctz</i>	62	<i>aqinject pen needle</i>	187	ASSURE LANCE PLUS SAFETY	
AMMONUL.....	146	AQUALANCE LANCETS 30G.....	177	25G.....	177
<i>amnesteem</i>	125	AQUASOL A.....	255	ASSURE LANCE PLUS SAFETY	
AMNIOFIX.....	135	<i>aquastat</i>	198	30G.....	177
AMNIOTEXT.....	135	Aquastat Sfr.....	198	ASSURE LANCE SAFETY LANCET	
AMONDYS 45.....	220	ARAKODA.....	68	28G.....	177
<i>amoxapine</i>	44	ARALAST NP.....	242	ASTAGRAF XL.....	202
<i>amoxicill-clarithro-lansopraz</i>	248	<i>aranelle</i>	119	ATABEX EC.....	212
<i>amoxicillin</i>	233	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	162	ATABEX OB.....	212
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	233	ARAVA.....	21	<i>atazanavir sulfate</i>	99
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	233	ARAZLO.....	125	ATELVIA.....	139
AMPHADASE.....	200	ARCALYST.....	19	<i>atenolol</i>	103
AMPHENOL-40.....	135	AREXVY.....	250	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	63
<i>amphetamine sulfate</i>	12	<i>arformoterol tartrate</i>	32	ATGAM.....	201
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	12	ARGATROBAN.....	37	<i>atomoxetine hcl</i>	12
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	12	ARGATROBAN IN SODIUM		<i>atorvastatin calcium</i>	58
<i>amphet-dextroamphet 3-bead er</i>	12	CHLORIDE.....	37	<i>atovaquone</i>	64
<i>amphotericin b</i>	54	<i>argyle sterile saline</i>	154	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	67
<i>amphotericin b liposome</i>	54	<i>argyle sterile water</i>	202	<i>atracurium besylate</i>	220
<i>ampicillin</i>	233	ARICEPT.....	235	ATROPINE SULFATE.....	223, 246
<i>ampicillin sodium</i>	233	ARIKAYCE.....	17	ATROVENT HFA.....	33
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	233	<i>aripiprazole</i>	96	<i>abra eq</i>	113
AMPYRA.....	238	ARISTADA.....	96	AUDENZ.....	250
AMVISC.....	228	ARISTADA INITIO.....	96	AUGMENTIN.....	233
AMVUTTRA.....	239	ARIXTRA.....	36	AUGMENTIN ES-600.....	233
<i>anagrelide hcl</i>	161	<i>armodafinil</i>	14	AUGTYRO.....	80
ANALPRAM-HC.....	28	ARMOUR THYROID.....	245	<i>aum insulin safety pen needle</i>	187
ANAPROX DS.....	19	ARNUITY ELLIPTA.....	34	AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE.....	187
ANASCORP.....	231	AROMASIN.....	83	<i>aum pen needle</i>	187
<i>anastrozole</i>	83	ARRANON.....	70	AUM READYGARD DUO PEN	
ANAVIP.....	231	<i>arsenic trioxide</i>	83	NEEDLE.....	187
ANCOBON.....	54	ARTESUNATE.....	68	AUM SAFETY PEN NEEDLE.....	187
ANDEXXA.....	51	<i>articadent dental</i>	171	AURORA LANCET SUPER THIN	
ANECTINE.....	219	ARTISS.....	164	30G.....	177
ANESTHESIA S/I-40A.....	153	ARZERRA.....	72	AURORA LANCET THIN 23G.....	177
ANESTHESIA S/I-40H.....	153	ASCLERA.....	203	AURORA PEN NEEDLES.....	187
ANESTHESIA S/I-40S.....	153	<i>ascomp-codeine</i>	23	<i>aurovela 1.5/30</i>	113
ANGELIQ.....	147	ASCOR.....	255	<i>aurovela 1/20</i>	113
ANGIOMAX.....	36	<i>asenapine maleate</i>	94	<i>aurovela 24 fe</i>	113
ANKTIVA.....	82	<i>ashlyna</i>	118	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	113
ANNOVERA.....	117	<i>asian ginseng</i>	222	<i>aurovela fe 1/20</i>	114
ANORO ELLIPTA.....	31	ASPARLAS.....	82	AURYXIA.....	152
<i>anti-oxidant</i>	209	<i>aspirin</i>	22	AUSTEDO.....	236
ANTIVENIN LATRODECTUS		<i>aspirin 81</i>	21	AUSTEDO XR.....	236
MACTANS.....	231	<i>aspirin adult low dose</i>	21	AUSTEDO XR PATIENT	
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS.....	231	<i>aspirin adult low strength</i>	21	TITRATION.....	236
ANTIVERT.....	53	<i>aspirin childrens</i>	21	AVASTIN.....	89
ANUSOL-HC.....	28	<i>aspirin ec adult low dose</i>	21	<i>aviane</i>	114
ANZEMET.....	52	<i>aspirin ec low dose</i>	21	AVITENE.....	165
APADAZ.....	26	<i>aspirin ec low strength</i>	21	AVITENE FLOUR.....	165
<i>apap-caff-dihydrocodeine</i>	23	<i>aspirin low dose</i>	21, 22	AVONEX PEN.....	237
APHEXDA.....	162	<i>aspirin regimen</i>	22	AVONEX PREFILLED.....	237
APOKYN.....	92	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	160	AVSOLA.....	152
<i>apomorphine hcl</i>	92	ASPRUZYO SPRINKLE.....	29	AVYCAZ.....	111
APONVIE.....	53	ASSURE COMFORT LANCETS 28G.....	177	<i>ayuna</i>	114
<i>apraclonidine hcl</i>	227			AYVAKIT.....	80

<i>azacitidine</i>	70	<i>b-complex/b-12</i>	206	<i>bethanechol chloride</i>	249
AZACTAM.....	67	<i>b-complex/electrolytes</i>	207	BETHKIS.....	17
<i>azasan</i>	203	<i>b-complex/vitamin c</i>	206	BETIMOL.....	222
AZASITE.....	224	<i>b-complex-c</i>	207	BETOPTIC-S.....	222
<i>azathioprine</i>	203	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	206	<i>better b complex</i>	207
AZATHIOPRINE SODIUM.....	203	BD AUTOSHIELD DUO.....	187	<i>bexarotene</i>	89, 136
<i>azelaic acid</i>	134	<i>bd heparin posiflush</i>	36	BEXSERO.....	249
<i>azelastine hcl</i>	219, 224	BD INSULIN SYR ULTRAFINE II.....	187	BEYAZ.....	114
<i>azelastine-fluticasone</i>	218	BD INSULIN SYRINGE.....	187	BEYFORTUS.....	231
AZESCO.....	212	BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT.....	187	<i>bicalutamide</i>	70
AZILECT.....	91	.....	187	BICILLIN C-R.....	234
<i>azithromycin</i>	173	BD INSULIN SYRINGE.....	187	BICILLIN C-R 900/300.....	234
<i>aztreonam</i>	67	MICROFINE.....	187	BICILLIN L-A.....	233
AZULFIDINE.....	151	BD INSULIN SYRINGE U/F.....	187	BIDIL.....	109
AZULFIDINE EN-TABS.....	151	BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT.....	187	<i>big 100</i>	207
<i>azurette</i>	113	.....	187	<i>big 100 (biotin)</i>	208
<i>b complex (lipotropics)</i>	216	BD INSULIN SYRINGE U-500.....	187	BIJUVA.....	148
<i>b complex 100 tr</i>	207	BD INSULIN SYRINGE.....	188	BIKTARVY.....	97
<i>b complex formula 1 (lipotrop)</i>	216	ULTRAFINE.....	188	BILTRICIDE.....	28
<i>b complex formula 1 (w/ fa)</i>	207	BD MICROTAINER LANCETS.....	177	<i>bimatoprost</i>	134, 229
<i>b complex-b12</i>	206	BD PEN NEEDLE MICRO U/F.....	188	BINOSTO.....	139
<i>b complex-c</i>	207	BD PEN NEEDLE MINI U/F.....	188	BIORPHEN.....	254
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA.....	207	BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN.....	188	BIOTHRAX.....	249
<i>b complex-c-folic acid</i>	206	BD PEN NEEDLE NANO U/F.....	188	<i>bis subcit-metronid-tetracyc</i>	248
<i>b-100 b-complex</i>	207	BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F.....	188	<i>bisacodyl</i>	170
<i>b-100 complex cr</i>	207	BD PEN NEEDLE SHORT U/F.....	188	<i>bisacodyl ec</i>	170
<i>b-100 tr</i>	207	<i>bd posiflush</i>	198	<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin</i>	248
<i>b-50 complex</i>	207	Bd Posiflush Safescrub.....	198	<i>bisoprolol fumarate</i>	103
BABYBIG.....	232	BD SAFETYGLIDE INSULIN.....	188	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	63
<i>bac</i>	21	SYRINGE.....	188	<i>bivalirudin trifluoroacetate</i>	36
<i>bacitracin</i>	224	BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT.....	188	<i>bleomycin sulfate</i>	81
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	224	.....	188	BLINCYTO.....	75
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	227	BD VEO INSULIN SYRINGE U/F.....	188	<i>blisovi 24 fe</i>	114
<i>baclofen</i>	216	BELBUCA.....	26	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	114
BACTRIM.....	64	BELEODAQ.....	77	<i>blisovi fe 1/20</i>	114
BACTRIM DS.....	64	BELRAPZO.....	69	BLOXIVERZ.....	68
<i>balance b-100</i>	216	<i>benazepril hcl</i>	60	BLT-25.....	122
<i>balance b-50</i>	207	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	60	BONJESTA.....	53
<i>balanced b complex</i>	207	<i>bendamustine hcl</i>	69	BOOSTRIX.....	245
<i>balanced b-100</i>	207	BENDEKA.....	69	<i>bortezomib</i>	80
<i>balanced b-50 complex</i>	216	BENEFIX.....	156	<i>bosentan</i>	110
<i>balanced b-50/fa</i>	207	BENLYSTA.....	199	BOSULIF.....	75
BALCOLTRA.....	114	BENTYL.....	246	<i>boswellia</i>	16
BALFAXAR.....	156	BENZALKONIUM CHLORIDE.....	97	BOTOX.....	220
<i>balsalazide disodium</i>	151	BENZHYDROCODONE-.....	26	BOTOX COSMETIC.....	132
BALVERSA.....	76, 77	ACETAMINOPHEN.....	26	BRAFTOVI.....	75
<i>balziva</i>	114	BENZNIDAZOLE.....	28	BREO ELLIPTA.....	31
BANZEL.....	37	<i>benzonatate</i>	122	BREVIBLOC.....	103
BAQSIMI ONE PACK.....	45	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	124	BREVIBLOC IN NACL.....	103
BAQSIMI TWO PACK.....	45	<i>benzphetamine hcl</i>	13	BREVIBLOC PREMIXED.....	103
BARACLUDGE.....	101	<i>benztropine mesylate</i>	90	BREVIBLOC PREMIXED DS.....	103
BARHEMSYS.....	53	BEOVU.....	230	BREVITAL SODIUM.....	153
BAVENCIO.....	74	BERINERT.....	158	BREXAFEMME.....	54
BAXDELA.....	149	BESIVANCE.....	224	Breyna.....	31
<i>bayer aspirin ec low dose</i>	22	BESPONSA.....	73	BREZTRI AEROSPHERE.....	31
<i>bayer low dose</i>	22	BESREMI.....	83	BRIDION.....	51
BCG VACCINE.....	249	BETADINE OPHTHALMIC PREP.....	225	<i>briellyn</i>	114
<i>b-compleet-100</i>	207	<i>betaine</i>	142	BRILINTA.....	159
<i>b-compleet-50</i>	208	<i>betamethasone dipropionate</i>	129	<i>brimonidine tartrate</i>	134, 227
<i>b-complex</i>	208	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	129	<i>brimonidine tartrate-timolol</i>	222
<i>b-complex (folic acid)</i>	207	<i>betamethasone valerate</i>	129	<i>brinzolamide</i>	225
<i>b-complex balanced</i>	206	BETASERON.....	237	BRIVIACT.....	37
<i>b-complex plus b-12</i>	206	<i>betaxolol hcl</i>	103, 222	BRIXADI.....	26

BRIXADI (WEEKLY).....	26	CAMPTOSAR.....	89	CASODEX.....	70
<i>bromfenac sodium</i>	226	<i>camrese</i>	118	CASPOFUNGIN ACETATE.....	54
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	226	<i>camrese lo</i>	118	CATAPRES-TTS-1.....	62
<i>bromocriptine mesylate</i>	90	CAMZYOS.....	108	CATAPRES-TTS-2.....	63
BROMSITE.....	226	CANASA.....	151	CATAPRES-TTS-3.....	63
BRONCHITOL.....	243	CANCIDAS.....	54	CATHFLO ACTIVASE.....	161
BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	243	<i>candesartan cilexetil</i>	62	CAVERJECT.....	109
BROVANA.....	32	<i>candesartan cilexetil-htz</i>	61	CAVERJECT IMPULSE.....	109
BRUKINSA.....	76	CAPCOF.....	124	CAYA.....	176
BSS.....	226	<i>capecitabine</i>	70	CAYSTON.....	67
BSS PLUS.....	226	CAPLYTA.....	92	<i>cefactor</i>	112
<i>budesonide</i>	28, 34, 120	CAPRELSA.....	79	CEFACTOR ER.....	112
<i>budesonide er</i>	120	<i>captopril</i>	60	<i>cefadroxil</i>	111
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	31	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	60	<i>cefazolin sodium</i>	111
<i>bumetanide</i>	138	CAPVAXIVE.....	249	CEFAZOLIN SODIUM.....	111
BUMEX.....	138	CARAC.....	127	CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE.....	111
BUPIVACAINE FISIOPHARMA.....	172	CARAFATE.....	247	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	111
<i>bupivacaine hcl (pf)</i>	172	<i>carbamazepine</i>	38	<i>cefdinir</i>	112
<i>bupivacaine-epinephrine</i>	171	<i>carbamazepine er</i>	37, 38	<i>cefepime hcl</i>	113
<i>bupivacaine-epinephrine (pf)</i>	171	<i>carbidopa</i>	91	CEFEPIME HCL.....	113
<i>bup-lido</i>	226	<i>carbidopa-levodopa</i>	91	CEFEPIME-DEXTROSE.....	113
<i>buprenorphine</i>	26	<i>carbidopa-levodopa er</i>	91	<i>cefixime</i>	112
<i>buprenorphine hcl</i>	26	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	91	CEFOTAN.....	112
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	26	<i>carbinoxamine maleate</i>	56	<i>cefotaxime sodium</i>	112
<i>bupropion hcl</i>	42	<i>carbinoxamine maleate er</i>	56	<i>cefotetan disodium</i>	112
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	240	<i>carboplatin</i>	69	<i>cefoxitin sodium</i>	112
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	41	<i>carboprost tromethamine</i>	231	CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE.....	112
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	41	CARDENE IV.....	105	<i>cefpodoxime proxitil</i>	112
<i>burn gel</i>	133	CARDIZEM.....	105	<i>cefprozil</i>	112
<i>buserone hcl</i>	29	CARDURA.....	63	<i>ceftazidime</i>	112
<i>busulfan</i>	69	CARDURA XL.....	154	<i>ceftriaxone sodium</i>	112
BUSULFEX.....	69	CAREFINE PEN NEEDLES.....	188	CEFTRIAAXONE SODIUM.....	112
<i>butalbital-acetaminophen</i>	21	CAREONE INSULIN SYRINGE.....	188	<i>ceftriaxone sodium in dextrose</i>	112
<i>butalbital-apap-caff-cod</i>	23	CAREONE LANCET SUPER THIN		CEFTRIAXONE SODIUM-	
<i>butalbital-apap-caffeine</i>	21	30G.....	177	DEXTROSE.....	112
<i>butalbital-asa-caff-codeine</i>	23	CAREONE LANCET THIN 23G.....	177	<i>cefuroxime axetil</i>	112
<i>butalbital-aspirin-caffeine</i>	21	CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS		<i>cefuroxime sodium</i>	112
<i>butorphanol tartrate</i>	27	.....	188	<i>celecoxib</i>	19
BYFAVO.....	167	CARESENS LANCETS.....	177	CELESTONE SOLUSPAN.....	122
BYLVAY.....	151	CARESENS LANCETS 30G.....	177	CELLCEPT.....	201
BYLVAY (PELLETS).....	150	CARETOUCH INSULIN SYRINGE.....	188	CELLCEPT INTRAVENOUS.....	201
BYOOVIZ.....	230	CARETOUCH PEN NEEDLES.....	188	CELLUGEL.....	229
CABENUVA.....	97	CARETOUCH SAFETY LANCETS.....	177	CELONTIN.....	41
<i>cabergoline</i>	141	CARETOUCH SAFETY LANCETS		CENTRUM MINIS WOMEN	
CABLIVI.....	158	26G.....	177	IMMUNE SUP.....	209
CABOMETYX.....	79	CARETOUCH TWIST LANCETS		<i>cephalexin</i>	111, 112
CADUET.....	108	28G.....	177	CEPROTIN.....	159
<i>caffeine citrate</i>	13	CARETOUCH TWIST LANCETS		CERDELGA.....	161
<i>calcipotriene</i>	128	30G.....	177	CEREBYX.....	40
<i>calcipotriene-betameth diprop</i>	136	CARETOUCH TWIST LANCETS		CEREZYME.....	161
<i>calcitonin (salmon)</i>	140	33G.....	177	CERVIDIL.....	231
<i>calcitrene</i>	128	CARETOUCH TWIST MC		<i>cetirizine hcl</i>	56
<i>calcitriol</i>	128, 142	LANCETS 30G.....	177	CETRAXAL.....	230
<i>calcium 600-vitamin d3</i>	196	<i>carglumic acid</i>	142	<i>cetorelix acetate</i>	141
<i>calcium acetate</i>	152	<i>carisoprodol</i>	216	CETROTIDE.....	141
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	152	<i>carmustine</i>	87	<i>cevimeline hcl</i>	205
CALCIUM GLUCONATE.....	196	CARNITOR.....	140	<i>charlotte 24 fe</i>	114
CALCIUM GLUCONATE-NACL.....	196	CARNITOR SF.....	140	<i>chateal eq</i>	114
CALDOLOR.....	19	CAROSPIR.....	138	CHEMET.....	51
CALMAID.....	16	<i>carteolol hcl</i>	222	<i>childrens aspirin</i>	22
CALQUENCE.....	76	<i>cartia xt</i>	105	<i>chloramphenicol sod succinate</i>	65
CAMCEVI.....	85	<i>carvedilol</i>	103	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	30
<i>camila</i>	119	<i>carvedilol phosphate er</i>	103	<i>chlordiazepoxide-amitriptyline</i>	235

<i>chlordiazepoxide-clidinium</i>	246	CLEVER CHOICE COMFORT EZ	178, 188	CODEINE SULFATE	23
<i>chlorhexidine gluconate</i>	204	CLEVER CHOICE LANCETS 21G	178	<i>codeine sulfate</i>	23
<i>chloroprocaine hcl (pf)</i>	172	CLEVER CHOICE LANCETS 23G	178	CODITUSSIN AC	122
<i>chloroquine phosphate</i>	68	CLEVER CHOICE LANCETS 28G	178	CODITUSSIN DAC	122
<i>chlorothiazide sodium</i>	138	CLEVIPREX	105	<i>colchicine</i>	155
<i>chlorpromazine hcl</i>	95	CLICKFINE PEN NEEDLES	188	<i>colchicine-probenecid</i>	155
CHLORPROMAZINE HCL	95	CLIMARA	148	<i>colesevelam hcl</i>	57
<i>chlorthalidone</i>	138	CLIMARA PRO	148	COLESTID	57
<i>chlorzoxazone</i>	216	Clindacin	124	<i>colestipol hcl</i>	57
CHOLBAM	149	<i>clindacin etz</i>	124	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	67
<i>cholestyramine</i>	57	<i>clindacin-p</i>	124	COLUMVI	75
<i>cholestyramine light</i>	57	<i>clindamycin hcl</i>	66	COLY-MYCIN M	67
CHORIONIC GONADOTROPIN	144	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	66	COMBIPATCH	148
CHOSEN LANCETS 30G	177	<i>clindamycin phos-benzoyl perox</i>	124	COMBIVENT RESPIMAT	31
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G	177	<i>clindamycin phosphate</i>	66, 124, 253	COMBOGESIC	19
<i>chromic chloride</i>	199	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	66	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	79
<i>ciclodan</i>	126	CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN		COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	79
<i>ciclopirox</i>	126	NACL	66	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	79
<i>ciclopirox olamine</i>	126	<i>clindamycin-tretinoin</i>	124	COMFORT ASSIST INSULIN	
<i>cidofovir</i>	101	CLINDESSE	253	SYRINGE	188
<i>cilostazol</i>	159	CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5)	221	COMFORT ASSURED LANCETS	
CILOXAN	224	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10)	221	28G	178
CIMDUO	97	CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5)	221	COMFORT ASSURED LANCETS	
CIMERLI	230	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15)	221	33G	178
<i>cimetidine</i>	246	CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20)	221	COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	188
<i>cimetidine hcl</i>	246	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10)	221	COMFORT EZ MICRO PEN	
<i>cinacalcet hcl</i>	140	CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14)	221	NEEDLES	188
CINQAIR	34	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	221	COMFORT EZ PEN NEEDLES	188
CINRYZE	158	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	221	COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES	188
CINVANTI	54	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	221	COMFORT EZ SHORT PEN	
CIPRO	149	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	221	NEEDLES	188
<i>ciprofloxacin hcl</i>	149, 224, 230	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	221	COMFORT TOUCH INSULIN PEN	
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	149	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	221	NEED	188
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	230	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	221	COMFORT TOUCH LANCETS 31G	178
<i>ciprofloxacin-fluocinolone pf</i>	230	<i>clinisol sf</i>	221	COMFORT TOUCH PLUS	
<i>cisatracurium besylate</i>	220	CLINOLIPID	221	LANCETS 28G	178
<i>cisatracurium besylate (pf)</i>	220	<i>clinpro 5000</i>	205	COMFORT TOUCH PLUS	
<i>cisplatin</i>	69	<i>clobazam</i>	37	LANCETS 30G	178
CISPLATIN	69	<i>clobetasol propionate</i>	130	COMFORT TOUCH TWIST	
<i>citalopram hydrobromide</i>	42	<i>clobetasol propionate e</i>	129	LANCET 30G	178
CITRANATAL 90 DHA	215	<i>clobetasol propionate emulsion</i>	129	COMIRNATY	251
CITRANATAL ASSURE	215	<i>clocortolone pivalate</i>	130	COMPLETE NATAL DHA	214
CITRANATAL B-CALM	212	<i>clodan</i>	130	COMPLETENATE	212
CITRANATAL HARMONY	215	<i>clofarabine</i>	70	<i>complex b-100</i>	208
CITRANATAL MEDLEY	215	CLOMID	145	COMPLEX B-100-INOSITOL	216
<i>citrate of magnesia</i>	169	<i>clomipramine hcl</i>	44	<i>complex b-50 prolonged release</i>	208
<i>citroma</i>	170	<i>clonazepam</i>	37	<i>compro</i>	95
<i>cladribine</i>	70	<i>clonidine</i>	63	CO-NATAL FA	212
<i>claravis</i>	125	<i>clonidine hcl</i>	63	CONCEPT DHA	212
CLARINEX	56	<i>clonidine hcl er</i>	12	CONCEPT OB	212
CLARINEX-D 12 HOUR	123	<i>clopidogrel bisulfate</i>	161	<i>condoms</i>	174
<i>clarithromycin</i>	173	<i>clorazepate dipotassium</i>	30	CONDYLOX	133
<i>clarithromycin er</i>	173	<i>clotrimazole</i>	132, 204	CONJUPRI	105
CLASSIC PRENATAL	212	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	126	<i>constulose</i>	168
CLEANLET LANCETS 28G	177	<i>clozapine</i>	94	COPASIL	134
<i>clearlax</i>	168	C-NATE DHA	212	COPAXONE	238
CLEMASTINE FUMARATE	56	CNJ-016	232	COPIKTRA	88
<i>clemastine fumarate</i>	56	COAGADEX	156	CORIFACT	156
CLENPIQ	168	COAGUCHEK LANCETS	178	CORLANOR	111
CLEOCIN	66, 253	<i>coal tar</i>	135	CORTEF	120
CLEOCIN PHOSPHATE	66	COARTEM	68	CORTENEMA	28
CLEOCIN-T	124	COCAINE HCL	218	CORTIFOAM	28
CLEVER CHEK LANCETS	178			CORTISPORIN-TC	230

CORTROPHIN.....	140	CYGNUS DUAL.....	135	DELESTROGEN.....	148
CORVERT.....	31	CYKLOKAPRON.....	165	DELSTRIGO.....	97
COSELA.....	87	<i>cyproheptadine hcl</i>	57	<i>delyla</i>	114
COSENTYX.....	127	CYRAMZA.....	89	DELZICOL.....	151
COSENTYX (300 MG DOSE).....	127	<i>cyred eq</i>	114	<i>demeclocycline hcl</i>	244
COSENTYX SENSOREADY (300		CYSTADANE.....	142	DEMEROL.....	23
MG).....	127	CYSTADROPS.....	229	DEMSEER.....	61
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	127	CYSTAGON.....	154	DENAVIR.....	129
COSENTYX UNOREADY.....	127	CYSTARAN.....	229	DENGVAXIA.....	251
COTELLIC.....	78	<i>cytarabine</i>	71	<i>denta 5000 plus</i>	205
CREON.....	137	<i>cytarabine (pf)</i>	71	<i>denta 5000 plus sensitive</i>	204
CRESEMBA.....	55	CYTOGAM.....	232	<i>dentagel</i>	205
CRINONE.....	254	CYTOMEL.....	245	DEPEN TITRATABS.....	199
CROFAB.....	231	CYTOTEC.....	248	DEPEND FRESH PROTECTION	
<i>cromolyn sodium</i>	32, 150, 224	<i>d3 + k2</i>	216	MENS.....	186
<i>croton</i>	134	<i>dacarbazine</i>	83	DEPO-ESTRADIOL.....	148
<i>cryselle-28</i>	114	<i>dactinomycin</i>	81	DEPO-MEDROL.....	120
CRYSVITA.....	147	<i>daily multiple vitamins</i>	209	DEPO-PROVERA.....	118
<i>cupric chloride</i>	199	<i>daily value multivitamin</i>	209	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	118
CURAE.....	117	<i>daily vitamins</i>	209	DEPO-TESTOSTERONE.....	27
<i>curity sterile saline</i>	154	<i>daily vite</i>	209	DERMOTIC.....	230
CUTAQUIG.....	232	<i>daily vite multivitamin/iron</i>	208	DESCOVY.....	97
CUTEMOL.....	131	<i>daily vites</i>	209	DESFERAL.....	51
CUVPOSA.....	247	<i>daily-vite</i>	209	<i>desflurane</i>	153
<i>cvs aspirin adult low dose</i>	22	<i>daily-vite multivitamin</i>	209	<i>desipramine hcl</i>	44
<i>cvs aspirin adult low strength</i>	22	<i>dalfampridine er</i>	238	<i>desloratadine</i>	56
<i>cvs aspirin ec</i>	22	DALIRESP.....	34	<i>desmopressin ace spray refrig</i>	147
<i>cvs aspirin low dose</i>	22	DALVANCE.....	65	<i>desmopressin acetate</i>	147
<i>cvs aspirin low strength</i>	22	<i>danazol</i>	27	DESMOPRESSIN ACETATE.....	147
<i>cvs b complex plus c</i>	207	DANTRIUM.....	217	<i>desmopressin acetate pf</i>	147
<i>cvs balanced b50</i>	216	<i>dantrolene sodium</i>	217	<i>desmopressin acetate spray</i>	147
<i>cvs c-lax laxative</i>	170	DANYELZA.....	73	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	113
<i>cvs folic acid</i>	163	<i>dapagliflozin pro-metformin er</i>	49	<i>desonide</i>	130
<i>cvs gentle laxative</i>	170	<i>dapagliflozin propanediol</i>	48	<i>desoximetasone</i>	130
<i>cvs gentle laxative womens</i>	170	<i>dapsone</i>	66, 124	DESVENLAFAXINE ER.....	43
<i>cvs inner ear plus</i>	216	DAPTACEL.....	245	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	43
CVS LANCETS 21G.....	178	DAPTOMYCIN.....	65	DEXABLISS.....	120
CVS LANCETS MICRO THIN 33G..	178	<i>daptomycin-sodium chloride</i>	65	<i>dexamethasone</i>	120
CVS LANCETS ORIGINAL.....	178	DARAPRIM.....	68	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	120
CVS LANCETS THIN 26G.....	178	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	248	<i>dexamethasone sod phos +rfid</i>	120
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G..	178	<i>darunavir</i>	99	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	120
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G..	178	DARZALEX.....	73	DEXAMETHASONE SOD	
<i>cvs magnesium citrate</i>	170	DARZALEX FASPRO.....	82	PHOSPHATE PF.....	120
<i>cvs milk of magnesia</i>	170	<i>dasatinib</i>	75	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	
<i>cvs natural daily fiber</i>	168	<i>dasetta 1/35</i>	114	.....	120, 227
<i>cvs nicotine</i>	240	<i>dasetta 7/7/7</i>	119	DEXAMETHASONE SODIUM	
<i>cvs nicotine polacrilex</i>	240	DAUNORUBICIN HCL.....	81	PHOSPHATE.....	120, 121
<i>cvs pe head cong + flu sev</i>	122	DAURISMO.....	77	DEXCOM G6 RECEIVER.....	178
CVS PRENATAL.....	212	DAVIMET-FLUORIDE.....	211	DEXCOM G6 SENSOR.....	178
<i>cvs purelax</i>	168	DAXXIFY.....	132	DEXCOM G6 TRANSMITTER.....	178
<i>cvs super b complex/c</i>	207	DAYBUE.....	220	DEXCOM G7 RECEIVER.....	178
CVS ULTRA THIN LANCETS.....	178	DAYPRO.....	19	DEXCOM G7 SENSOR.....	178
<i>cyanocobalamin</i>	162	<i>daysee</i>	118	DEXMEDETOMIDINE HCL.....	167
CYANOKIT.....	51	DDAVP.....	147	<i>dexmedetomidine hcl</i>	167
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	216	DDAVP PF.....	147	<i>dexmedetomidine hcl in nacl</i>	167
CYCLOGYL.....	223	<i>deblitane</i>	119	DEXMEDETOMIDINE HCL-	
CYCLOMYDRIL.....	223	<i>decitabine</i>	71	DEXTROSE.....	167
<i>cyclopentolate hcl</i>	223	<i>deferasirox</i>	51	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	14
<i>cyclophosphamide</i>	87	<i>deferasirox granules</i>	51	<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	14
CYCLOPHOSPHAMIDE.....	87	<i>deferiprone</i>	51	<i>dexrazoxane</i>	83
<i>cycloserine</i>	68	<i>deferoxamine mesylate</i>	51	<i>dexrazoxane hcl</i>	83
<i>cyclosporine</i>	200, 225	DEFITELIO.....	161	DEXTENZA.....	227
<i>cyclosporine modified</i>	200	DEFLUX.....	155	<i>dextroamphetamine sulfate</i>	12

<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	12	<i>dobutamine hcl</i>	108	<i>duloxetine hcl</i>	43
<i>dextrose</i>	221	DOBUTAMINE-DEXTROSE.....	108	DUOBRII.....	136
DEXTROSE.....	221	DOCETAXEL.....	86	DUOPA.....	91
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48		DOCIVYX.....	86	DUOVISC.....	228
.....	196	<i>dodex</i>	162	DUPIXENT.....	129
<i>dextrose in lactated ringers</i>	196	<i>dofetilide</i>	31	<i>duramorph</i>	24
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE.....	196	DOJOLVI.....	222	DUREX EXTRA SENSITIVE THIN..	174
<i>dextrose-sodium chloride</i>	196	<i>dolishale</i>	117	DUREX REALFEEL.....	174
DEXYCU.....	227	<i>donepezil hcl</i>	235	DUREX TROPICAL.....	174
DHIVY.....	91	DOPAMINE HCL.....	108	DUREZOL.....	228
DIACOMIT.....	38	DOPAMINE-DEXTROSE.....	108	DUROLANE.....	218
<i>dialyvit 800</i>	206	DOPRAM.....	13	DURYSTA.....	229
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN		DOPTLET.....	164	<i>dutasteride</i>	153
30.....	178	<i>dorzolamide hcl</i>	225	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	155
DIATHRIVE LANCETS.....	178	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	222	DUVYZAT.....	220
DIATHRIVE PEN NEEDLE.....	188	<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf</i>	222	<i>dyclopro</i>	133
<i>diazepam</i>	30, 37	<i>dotti</i>	148	DYMISTA.....	218
<i>diazepam intensol</i>	30	DOVATO.....	97	DYSPORT.....	220
<i>diazoxide</i>	45	<i>doxazosin mesylate</i>	63	<i>e.e.s. 400</i>	173
DIBENZYLINE.....	61	<i>doxepin hcl</i>	44, 127, 167	<i>ear health formula</i>	216
<i>dichlorphenamide</i>	137	<i>doxercalciferol</i>	142	<i>ear health plus</i>	216
<i>diclofenac potassium</i>	19	DOXIL.....	81	EASY COMFORT INSULIN	
<i>diclofenac sodium</i>	19, 126, 127, 226	<i>doxorubicin hcl</i>	81	SYRINGE.....	189
<i>diclofenac sodium er</i>	19	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	81	<i>easy comfort insulin syringe</i>	189
<i>diclofenac-misoprostol</i>	19	<i>doxy 100</i>	244	EASY COMFORT LANCETS.....	178
<i>dicloxacillin sodium</i>	234	<i>doxycycline hyclate</i>	244	EASY COMFORT LANCETS TWIST	
<i>dicyclomine hcl</i>	246	<i>doxycycline monohydrate</i>	244	TOP.....	178
<i>diethylpropion hcl</i>	13	<i>doxylamine-pyridoxine</i>	53	EASY COMFORT PEN NEEDLES...	189
<i>diethylpropion hcl er</i>	13	DRISDOL.....	255	EASY GLIDE PEN NEEDLES.....	189
DIFICID.....	173	<i>dronabinol</i>	53	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	
<i>diflorasone diacetate</i>	130	<i>droperidol</i>	29	SY.....	189
DIFLUCAN.....	55	DROPLET INSULIN SYRINGE.....	189	EASY TOUCH INSULIN SAFETY	
<i>diflunisal</i>	22	DROPLET LANCETS ULTRA THIN		SYR.....	189
<i>difluprednate</i>	227	30G.....	178	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE..	189
DIGIFAB.....	51	DROPLET MICRON.....	189	EASY TOUCH LANCETS 21G.....	179
<i>digoxin</i>	108	DROPLET PEN NEEDLES.....	189	EASY TOUCH LANCETS 23G.....	179
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	195	DROPLET PERSONAL LANCETS		EASY TOUCH LANCETS 26G.....	179
DILANTIN.....	40	30G.....	178	EASY TOUCH LANCETS 28G.....	179
DILANTIN INFATABS.....	40	DROPSAFE SAFETY PEN		EASY TOUCH LANCETS	
DILANTIN-125.....	41	NEEDLES.....	189	28G/TWIST.....	179
DILAUDID.....	23, 24	DROPSAFE SAFETY		EASY TOUCH LANCETS 30G.....	179
<i>diltiazem hcl</i>	105, 106	SYRINGE/NEEDLE.....	189	EASY TOUCH LANCETS	
DILTIAZEM HCL.....	106	<i>drosipren-eth estrad-levomefol</i>	114	30G/TWIST.....	179
<i>diltiazem hcl er</i>	105	<i>drosiprenone-ethinyl estradiol</i>	114	EASY TOUCH LANCETS 32G.....	179
<i>diltiazem hcl er beads</i>	105	DROXIA.....	162	EASY TOUCH LANCETS	
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	105	<i>droxidopa</i>	254	32G/TWIST.....	179
<i>dilt-xr</i>	106	DRUG MART LANCETS THIN 26G..	178	EASY TOUCH LANCETS	
DIMENHYDRINATE.....	53	DRUG MART ON-THE-GO LANCET		33G/TWIST.....	179
<i>dimethyl fumarate</i>	238	30G.....	178	EASY TOUCH PEN NEEDLES.....	189
<i>dimethyl fumarate starter pack</i>	238	DRUG MART UNIFINE PENTIPS....	189	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
DIM-PLUS.....	202	DRUG MART UNIFINE PENTIPS		21G.....	179
DIPENTUM.....	151	PLUS.....	189	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
<i>diphenhydramine hcl</i>	56	DRUG MART UNILET LANCETS		23G.....	179
<i>diphenoxylate-atropine</i>	50	28G.....	178	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
DIPRIVAN.....	153	DRUG MART UNILET LANCETS		26G.....	179
<i>dipyridamole</i>	161	30G.....	178	EASY TOUCH SAFETY LANCETS	
DISCOVISC.....	228	DRUG MART UNILET LANCETS		28G.....	179
<i>disopyramide phosphate</i>	30	33G.....	178	EASY TOUCH SAFETY PEN	
<i>disulfiram</i>	235	DSUVIA.....	24	NEEDLES.....	189
DIURIL.....	138	DUAVEE.....	149	EASY TOUCH SHEATHLOCK	
<i>divalproex sodium</i>	41	DUETACT.....	50	SYRINGE.....	189
<i>divalproex sodium er</i>	41	<i>dulcolax</i>	170	<i>easygel</i>	205
DIVIGEL.....	148	<i>dulcolax milk of magnesia</i>	170	<i>ec-naproxen</i>	19

<i>econazole nitrate</i>	132	ENBREL SURECLICK.....	21	<i>eq miconazole 7</i>	252
<i>econtra one-step</i>	117	ENCARE	253	<i>eq mucus relief d</i>	123
<i>ecotrin low strength</i>	22	ENDO AVITENE	165	<i>eq mucus relief dm max str</i>	122
ECOZA	132	<i>endocet</i>	26	<i>eq mucus-d</i>	123
EDARBI	62	ENDOMETRIN	254	<i>eq nicotine</i>	240
EDARBYCLOR	61	<i>endur-b</i>	208	<i>eq nicotine polacrilex</i>	240
EDECRIN	138	ENFAMIL EXPECTA	215	<i>eq nicotine step 3</i>	240
<i>edetate calcium disodium</i>	51	ENGERIX-B	251	<i>eq sinus & cold-d</i>	123
EDEX	109	ENHERTU	82	<i>eq sinus & congestion max str</i>	219
EDLUAR	167	Enilloring	117	<i>eq sleep-aid</i>	166
EDURANT	99	ENJAYMO	158	<i>eq stomach relief</i>	50
<i>efavirenz</i>	99	ENLITE GLUCOSE SENSOR	179	<i>eq stool softener</i>	171
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	97	<i>enoxaparin sodium</i>	36	<i>eq stool softener extra str</i>	171
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	97	<i>enpresse-28</i>	119	<i>eq urinary pain relief max st</i>	155
EFUDEX	127	<i>enskyce</i>	114	<i>eql aspirin low dose</i>	22
EGRIFTA SV	141	ENSPRYNG	202	<i>eql b complex 50</i>	208
ELAHERE	82	ENSTILAR	136	<i>eql b-100 complex</i>	208
ELAPRASE	144	<i>entacapone</i>	92	<i>eql clearlax</i>	169
ELCYS	221	<i>entecavir</i>	101	EQL COLOR LANCETS 21G	179
ELELYSO	161	ENTRESTO	108, 109	EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	179
ELEPSIA XR	38	ENTYVIO	151	<i>eq gentle laxative</i>	171
ELESTRIN	148	<i>enulose</i>	152	EQL INSULIN SYRINGE	189
<i>eletriptan hydrobromide</i>	195	ENVARBUS XR	202	<i>eq laxative</i>	171
ELFABRIO	141	EPANED	60	<i>eq magnesium citrate</i>	170
ELIGARD	85	EPCLUSA	101	EQL PRENATAL FORMULA	212
<i>elimest</i>	114	EPHEDRINE SULFATE	254	<i>eq super b complex/vitamin c</i>	206
ELIQUIS	35	(PRESSORS)	254	EQL SUPER THIN LANCETS 30G	179
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	35	EPICORD	135	EQL THIN LANCETS 26G	179
ELITEK	83	EPIDIOLEX	38	EQUETRO	92
<i>elite-ob</i>	212	EPIFIX	135	ERAXIS	54
ELIXOPHYLLIN	35	EPIFIX MICRONIZED	135	ERBITUX	76
ELLA	117	EPIFOAM	135	<i>ergocalciferol</i>	255
ELLENCÉ	81	<i>epinastine hcl</i>	224	<i>ergoloid mesylates</i>	239
ELMIRON	154	<i>epinephrine</i>	254	<i>ergotamine-caffeine</i>	195
ELOCTATE	156	EPINEPHRINE	254	<i>eribulin mesylate</i>	86
ELREXFIO	75	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	254	ERIVEDGE	77
<i>eluryng</i>	117	EPINEPHRINE PF	254	ERLEADA	70
ELZONRIS	83	EPINEPHRINESNAP	254	<i>erlotinib hcl</i>	76
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN	179	<i>epitol</i>	38	<i>errin</i>	119
EMBRACE PEN NEEDLES	189	EPIVIR	100	ERTACZO	132
EMBRACE PRESSURE	179	EPKINLY	75	<i>ertapenem sodium</i>	65
ACTIVATED 21G	179	<i>eplerenone</i>	63	ERVEBO	251
EMBRACE PRESSURE	179	EPOGEN	162	<i>ery</i>	124
ACTIVATED 28G	179	<i>epoprostenol sodium</i>	109	ERYGEL	124
EMEND	54	<i>eptifibatide</i>	159	<i>ery-tab</i>	173
EMERPHED	254	<i>eq allergy relief</i>	56	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	173
EMGALITY	195	<i>eq allergy relief childrens</i>	56	<i>erythromycin</i>	124, 173, 224
EMGALITY (300 MG DOSE)	195	<i>eq allergy relief d 12 hour</i>	123	<i>erythromycin base</i>	173
EMPAVELI	158	EQ ALLERGY RELIEF NASAL	123	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	173
EMPLICITI	74	DECONG	123	<i>erythromycin lactobionate</i>	173
EMSAM	42	<i>eq aspirin adult low dose</i>	22	<i>escitalopram oxalate</i>	42
<i>emtricitabine</i>	100	<i>eq aspirin low dose</i>	22	ESKATA	134
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	97	<i>eq chocolate laxative</i>	171	<i>esmolol hcl</i>	103
EMTRIVA	100	<i>eq clearlax</i>	168	ESMOLOL HCL	103
EMVERM	28	<i>eq docosanol</i>	129	<i>esmolol hcl-sodium chloride</i>	104
Emzahn	119	<i>eq famotidine</i>	246	<i>esomeprazole magnesium</i>	247
<i>enalapril maleate</i>	60	<i>eq gentle laxative</i>	171	<i>esomeprazole sodium</i>	247
<i>enalaprilat</i>	60	<i>eq hair regrowth for women</i>	136	ESPEROCT	156
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	60	<i>eq hemorrhoid relief</i>	28	<i>estarylla</i>	114
ENBRACE HR	212	<i>eq hot or cold large compress</i>	186	<i>estazolam</i>	167
ENBREL	21	<i>eq laxative</i>	169	<i>estradiol</i>	148, 253
ENBREL MINI	21	<i>eq magnesium citrate</i>	170	<i>estradiol valerate</i>	148
		<i>eq miconazole 3-day combo</i>	252		

<i>estradiol-norethindrone acet</i>	148	<i>famciclovir</i>	102	FLAGYL.....	64
ESTRING.....	253	<i>famotidine</i>	247	FLANAX.....	19
ESTROFACTORS.....	209	<i>famotidine (pf)</i>	247	FLAREX.....	228
ESTROGEL.....	148	<i>famotidine premixed</i>	247	FLAVOVIT EAR HEALTH.....	216
<i>eszopiclone</i>	167	FANAPT.....	93	<i>flavoxate hcl</i>	249
<i>ethacrynate sodium</i>	138	FANAPT TITRATION PACK.....	93	<i>flecainide acetate</i>	31
<i>ethacrynic acid</i>	138	FANTASY LUBRICATED.....	174	FLEET SALINE ENEMA.....	169
<i>ethambutol hcl</i>	68	FANTASY.....		FLEXBUMIN.....	160
ETHAMOLIN.....	203	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	174	FLOLAN.....	109
<i>ethosuximide</i>	41	FARESTON.....	70	FLORAFOL PEDIATRIC.....	211
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	114	FARXIGA.....	48	FLORIVA.....	197, 211
<i>etodolac</i>	19	FASENRA.....	33	FLORIVA PLUS.....	211
<i>etodolac er</i>	19	FASENRA PEN.....	33	<i>floxuridine</i>	71
<i>etomidate</i>	153	FASLODEX.....	84	FLUAD.....	251
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	117	FC2 FEMALE CONDOM.....	174	FLUARIX.....	251
ETOPOPHOS.....	86	<i>febuxostat</i>	155	FLUBLOK.....	251
<i>etoposide</i>	86	FEIBA.....	156	FLUCELVAX.....	251
<i>etravirine</i>	99	<i>felbamate</i>	40	<i>fluconazole</i>	55
EUCRISA.....	134	<i>felodipine er</i>	106	FLUCONAZOLE IN SODIUM	
EUFLEXXA.....	218	FEMARA.....	83	CHLORIDE.....	55
EULEXIN.....	70	FEMCAP.....	174	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	55
<i>euthyrox</i>	245	FEMLYV.....	114	<i>flucytosine</i>	54
EVAMIST.....	148	FEMRING.....	253	<i>fludarabine phosphate</i>	71
EVENITY.....	145	<i>fenofibrate</i>	58	<i>fludrocortisone acetate</i>	122
<i>everolimus</i>	78, 202	<i>fenofibrate micronized</i>	58	FLULAVAL.....	251
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER.....	179	<i>fenofibric acid</i>	58	<i>flumazenil</i>	52
EVERSENSE E3 SMART		FENOGLIDE.....	58	FLUMIST.....	251
TRANSMITTER.....	179	FENSOLVI (6 MONTH).....	143	<i>flunisolide</i>	219
EVERSENSE SENSOR/HOLDER.....	179	<i>fentanyl</i>	24	<i>fluocinolone acetonide</i>	130, 230
EVERSENSE SMART		<i>fentanyl citrate</i>	24	<i>fluocinolone acetonide body</i>	130
TRANSMITTER.....	179	FENTANYL CITRATE (PF).....	24	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	130
EVISTA.....	145	<i>fentanyl citrate (pf)</i>	24	<i>fluocinonide</i>	130
EVKEEZA.....	57	<i>fentanyl citrate pf</i>	24	<i>fluocinonide emulsified base</i>	130
EVOMELA.....	87	FENTANYL CITRATE PF.....	24	<i>fluorescein</i>	225
EVOTAZ.....	97	FERAHEME.....	164	FLUORESCIN	
EVOXAC.....	205	FERRIPROX.....	51	SODIUM/BENOXINATE.....	225
EVRYSDI.....	220	FERRIPROX TWICE-A-DAY.....	51	<i>fluorescein-benoxinate</i>	225
EXELDERM.....	132	FERRLECIT.....	164	FLUORESCITE.....	225
EXELON.....	235	<i>ferumoxytol</i>	164	<i>fluoridex</i>	205
<i>exemestane</i>	83	<i>fesoterodine fumarate er</i>	248	<i>fluoridex daily renewal</i>	205
<i>ex-lax ultra</i>	171	FETROJA.....	113	<i>fluoridex enhanced whitening</i>	205
EXONDYS 51.....	220	FETZIMA.....	43	FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF.....	204
EXTENCILLINE.....	233	FETZIMA TITRATION.....	43	<i>fluorometholone</i>	228
EYES ALIVE.....	222	FIBRICOR.....	58	<i>fluorouracil</i>	71, 127
EYLEA.....	230	FIBRYGA.....	157	<i>fluoxetine hcl</i>	42
EYLEA HD.....	230	FIFTY50 PEN NEEDLES.....	189	FLUOXETINE HCL.....	42
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN		FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS.....	180	<i>fluoxetine hcl (pmdd)</i>	239
33G.....	179	FIFTY50 SUPERIOR COMFORT		<i>fluphenazine decanoate</i>	95
E-Z JECT LANCET SUPER THIN		SYR.....	189	<i>fluphenazine hcl</i>	95
30G.....	179	FIFTY50 UNILET LANCETS 33G.....	180	<i>flurandrenolide</i>	130
E-Z JECT LANCETS.....	179	FILSPARI.....	154	FLURA-SAFE.....	225
E-Z JECT LANCETS 21G.....	179	FILSUVEZ.....	136	<i>flurazepam hcl</i>	167
E-Z JECT LANCETS THIN 26G.....	179	FINACEA.....	134	<i>flurbiprofen</i>	19
<i>ezetimibe</i>	59	<i>finasteride</i>	136, 153	<i>flurbiprofen sodium</i>	226
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	58	FINGERSTIX LANCETS.....	180	<i>fluticasone furoate-vilanterol</i>	31
EZ-LETS LANCETS 21G.....	179	<i>ingolimod hcl</i>	241	<i>fluticasone propionate</i>	130, 131, 219
EZ-LETS LANCETS 26G.....	179	FINTEPLA.....	38	<i>fluticasone propionate diskus</i>	34
EZ-LETS LANCETS 28G.....	179	Finzala.....	114	<i>fluticasone propionate hfa</i>	34
EZ-LETS LANCETS 30G.....	179	FIRDAPSE.....	68	<i>fluticasone-salmeterol</i>	31, 32
<i>fa-8</i>	163	FIRMAGON.....	84	<i>fluvastatin sodium</i>	58
FABHALTA.....	159	FIRMAGON (240 MG DOSE).....	84	<i>fluvoxamine maleate</i>	42
FABRAZYME.....	141	FIRVANQ.....	65	<i>fluvoxamine maleate er</i>	42
<i>falmina</i>	114	<i>flac</i>	230	FLUZONE.....	251

FLUZONE HIGH-DOSE.....	251	<i>ft miconazole 3 comb pack-supp</i>	252	<i>gentamicin in saline</i>	17
FML FORTE.....	228	<i>ft miconazole 3 combo pack</i>	253	<i>gentamicin sulfate</i>	17, 125, 224
FML LIQUIFILM.....	228	<i>ft milk of magnesia</i>	170	GENTEEL BUTTERFLY TOUCH	
<i>focinvez</i>	54	<i>ft nicotine</i>	240	LANCET	180
<i>folate</i>	163	<i>ft nicotine mini</i>	240	<i>gentle laxative</i>	170, 171
FOLGARD OS.....	209	<i>ft petroleum jelly</i>	234	<i>gentlelax</i>	169
<i>folic acid</i>	163	FULL SPECTRUM B/VITAMIN C	206	GENVOYA	97
FOLIVANE-OB.....	212	<i>fulvestrant</i>	84	GEODON	93
FOLOTYN.....	71	FUNGIMEZ.....	126	GIAPREZA.....	254
<i>foltabs 800</i>	163	FUROSCIX.....	138	GILENYA	241
<i>fomepizole</i>	51	<i>furosemide</i>	138	GILOTRIF.....	76
<i>fondaparinux sodium</i>	36	FUZEON.....	98	GIMOTI.....	150
FORA LANCETS.....	180	FYARRO.....	78	GIVLAARI.....	156
FORANE.....	153	<i>fyavolv</i>	148	GLASSIA.....	242
<i>formaldehyde</i>	97	FYCOMPA.....	37	<i>glatiramer acetate</i>	238
<i>formoterol fumarate</i>	33	<i>fyremadel</i>	141	<i>glatopa</i>	238
FORTEO.....	145	<i>g tussin ac</i>	122	GLEOSTINE.....	87
FORTIFY OPTIMA WOMENS ADV		<i>gabapentin</i>	38	GLIADEL WAFER.....	87
CARE.....	50	<i>gabapentin (once-daily)</i>	239	<i>glimepiride</i>	49
FOSAMAX.....	139	GALAFOLD.....	141	<i>glipizide</i>	49
FOSAMAX PLUS D.....	139	<i>galantamine hydrobromide</i>	235	<i>glipizide er</i>	49
<i>fosamprenavir calcium</i>	99	<i>galantamine hydrobromide er</i>	235	<i>glipizide xl</i>	49
<i>fosaprepitant dimeglumine</i>	54	Gallifrey.....	234	<i>glipizide-metformin hcl</i>	49
<i>foscarnet sodium</i>	101	GALZIN.....	199	GLOBAL EASE INJECT PEN	
FOSCAVIR.....	101	GAMASTAN.....	232	NEEDLES.....	189
<i>fosfomycin tromethamine</i>	67	GAMIFANT.....	202	GLOBAL EASY GLIDE INSULIN	
<i>fosinopril sodium</i>	60	GAMUNEX-C.....	232	SYR.....	189
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	60	GANCICLOVIR.....	101	GLOBAL EASY GLIDE PEN	
<i>fosphenytoin sodium</i>	41	GANCICLOVIR SODIUM.....	101	NEEDLES.....	190
FOSRENOL.....	152	<i>ganciclovir sodium</i>	101	GLOBAL INJECT EASE INSULIN	
FOTIVDA.....	79	GANIRELIX ACETATE.....	141	SYR.....	190
FRAGMIN.....	36	GARDASIL 9.....	251	GLOBAL INJECT EASE LANCETS	
<i>fraiche 5000 dental</i>	205	GASTROCROM.....	150	28G.....	180
FREESTYLE LANCETS.....	180	<i>gatifloxacin</i>	224	GLOBAL INJECT EASE LANCETS	
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GATTEX.....	150	30G.....	180
READER.....	180	<i>gavilax</i>	169	GLOBAL INSULIN SYRINGES.....	190
FREESTYLE LIBRE 14 DAY		GAVILYTE-C.....	168	GLOPERBA.....	155
SENSOR.....	180	<i>gavilyte-g</i>	168	GLUCAGON EMERGENCY.....	45
FREESTYLE LIBRE 2 READER.....	180	Gavilyte-N With Flavor Pack.....	168	GLUCOCOM LANCETS 28G.....	180
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR.....	180	GAVRETO.....	80	GLUCOCOM LANCETS 30G.....	180
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS		GAZYVA.....	72	GLUCOCOM LANCETS 33G.....	180
SENSOR.....	180	<i>gefitinib</i>	76	GLUCOPRO INSULIN SYRINGE.....	190
FREESTYLE LIBRE 3 READER.....	180	GELCLAIR.....	205	<i>glyburide</i>	50
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR.....	180	GELFILM.....	165	<i>glyburide micronized</i>	49, 50
FREESTYLE LIBRE READER.....	180	GEL-FLOW NT.....	165	<i>glyburide-metformin</i>	49
FREESTYLE UNISTICK II		GELFOAM.....	165	GLYCATE.....	247
LANCETS.....	180	GELFOAM COMPRESSED SIZE 100		<i>glycine</i>	154
<i>fresenius propoven</i>	153	.....	165	<i>glycine urologic</i>	154
FRESKARO MAGNESIUM		GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4.....	165	<i>glycolax</i>	169
CITRATE.....	170	GELFOAM SPONGE.....	165	GLYCOPHOS.....	197
<i>frovatriptan succinate</i>	195	GELFOAM SPONGE SIZE 100.....	165	<i>glycopyrrolate</i>	247
FRUZAQLA.....	89	GELFOAM SPONGE SIZE 200.....	165	GLYCOPYRROLATE.....	248
<i>ft acid reducer</i>	247	GELFOAM SPONGE SIZE 50.....	165	GLYCOPYRROLATE PF.....	248
<i>ft aspirin</i>	22	GEL-ONE.....	218	<i>glycopyrrolate pf</i>	248
<i>ft aspirin low dose</i>	22	GELSYN-3.....	218	<i>glydo</i>	133
<i>ft b-100 complex pr</i>	208	GEMCITABINE HCL.....	71	GLYRX-PF.....	248
<i>ft clearlax</i>	169	<i>gemcitabine hcl</i>	71	GLYXAMBI.....	48
<i>ft folic acid</i>	163	<i>gemfibrozil</i>	58	<i>gnp adult aspirin low strength</i>	22
<i>ft ibuprofen pm</i>	166	<i>gemmily</i>	114	<i>gnp aspirin</i>	22
<i>ft laxative</i>	171	<i>generlac</i>	152	<i>gnp aspirin low dose</i>	22
<i>ft magnesium citrate</i>	170	<i>gengraf</i>	200	<i>gnp b-100 complex</i>	208
<i>ft magnesium oxide</i>	197	GENOTROPIN.....	141	<i>gnp b-50 complex</i>	208
<i>ft melatonin extra strength</i>	17	GENOTROPIN MINIQUICK.....	141	<i>gnp b-complex plus vitamin c</i>	206

<i>gnp century adult</i>	209	GRALISE.....	239	<i>healthylax</i>	169
<i>gnp clearlax</i>	169	<i>granisetron hcl</i>	52	<i>heather</i>	119
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES.....	190	GRANIX.....	163	<i>h-e-b aspirin</i>	22
<i>gnp cranberry plus prob w/vite</i>	17	<i>grape seed</i>	16	H-E-B INCONTROL LANCETS 28G.....	181
<i>gnp essential one daily</i>	209	GRASTEK.....	15	H-E-B INCONTROL LANCETS 30G.....	181
<i>gnp folic acid</i>	163	<i>griseofulvin microsize</i>	54	H-E-B INCONTROL LANCETS 33G.....	181
<i>gnp gentle laxative</i>	171	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	55	H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES.....	190
GNP INSULIN SYRINGE.....	190	<i>guaifenesin-codeine</i>	122	H-E-B INCONTROL UNIFINE.....	
GNP INSULIN SYRINGES.....	190	<i>guanfacine hcl</i>	63	PENTIP.....	190
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2".....	190	<i>guanfacine hcl er</i>	12	HECTOROL.....	143
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2".....	190	GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR.....	180	HELIDAC THERAPY.....	248
GNP INSULIN SYRINGES.....		GUARDIAN 4 TRANSMITTER.....	180	HEMABATE.....	231
30GX5/16".....	190	GUARDIAN CONNECT.....		HEMADY.....	121
GNP INSULIN SYRINGES.....		TRANSMITTER.....	180	HEMANGEOL.....	104
31GX5/16".....	190	GUARDIAN LINK 3.....		HEMLIBRA.....	156
GNP LANCETS 21G.....	180	TRANSMITTER.....	181	HEMOPIL M.....	157
GNP LANCETS THIN 26G.....	180	GUARDIAN REAL-TIME REPLACE.....		HEPAGAM B.....	232
<i>gnp magnesium citrate</i>	170	PED.....	181	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	36
<i>gnp milk of magnesia</i>	170	GUARDIAN SENSOR (3).....	181	HEPARIN (PORCINE) IN NAACL.....	36
<i>gnp nicotine</i>	240	GUARDIAN SENSOR 3.....	181	<i>heparin na (pork) lock flsh pf</i>	36
<i>gnp nicotine mini</i>	240	GVOKE HYPOPEN 1-PACK.....	45	HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W.....	36
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	240	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	45	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	36
GNP PRENATAL.....	212	GVOKE KIT.....	45	<i>heparin sod (pork) lock flush</i>	36
GNP STERILE LANCETS 28G.....	180	GVOKE PFS.....	45	<i>heparin sodium (porcine)</i>	36
GNP STERILE LANCETS 30G.....	180	GYNAZOLE-1.....	253	HEPARIN SODIUM (PORCINE).....	36
GNP STERILE LANCETS 33G.....	180	<i>habitol</i>	240	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	36
GNP ULTICARE PEN NEEDLES.....	190	HAEGARDA.....	158	HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF.....	36
GNP ULTIGUARD SAFEPAK.....		HAEMOLANCE.....	181	HEPLISAV-B.....	251
NEEDLE.....	190	HAEMOLANCE LOW FLOW.....		HEPZATO W/50MM CATHETER.....	87
GNP ULTRA COM INSULIN.....		LANCETS.....	181	HEPZATO W/62MM CATHETER.....	87
SYRINGE.....	190	HAEMOLANCE PLUS.....	181	HER STYLE.....	117
<i>gnp womens gentle laxative</i>	171	HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW.....	181	HERCEPTIN.....	73
GOCOVRI.....	91	HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW.....	181	HERCEPTIN HYLECTA.....	82
<i>gohibic</i>	159	HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW.....	181	HERZUMA.....	73
GOJJI STERILE LANCETS.....	180	HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC.....		<i>hetastarch-nacl</i>	159
<i>goldenseal root</i>	16	FLOW.....	181	HETLIOZ LQ.....	168
GOLYTELY.....	168	<i>hailey 1.5/30</i>	114	HEXATRIONE.....	121
GONAL-F.....	144	<i>hailey 24 fe</i>	114	HEXTEND.....	159
GONAL-F RFF.....	144	<i>hailey fe 1.5/30</i>	114	HIBERIX.....	249
GONAL-F RFF REDIJECT.....	144	<i>hailey fe 1/20</i>	114	<i>hidex 6-day</i>	121
<i>goodsense aspirin</i>	22	HALAVEN.....	86	HIGH POTENCY MULTIVITAMIN.....	209
<i>goodsense aspirin low dose</i>	22	<i>halcinonide</i>	131	HIPREX.....	67
<i>goodsense bisacodyl ec</i>	171	HALCION.....	167	HIZENTRA.....	232
<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	171	HALDOL DECANOATE.....	94	<i>hm clearlax</i>	169
<i>goodsense clearlax</i>	169	<i>halobetasol propionate</i>	131	<i>hm milk of magnesia</i>	170
GOODSENSE CLICKFINE PEN.....		Haloette.....	117	<i>hm nicotine polacrilex</i>	240
NEEDLE.....	190	<i>haloperidol</i>	94	HM ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	190
GOODSENSE COLOR LANCETS.....		<i>haloperidol decanoate</i>	94	HM ULTICARE MINI PEN.....	
33G.....	180	<i>haloperidol lactate</i>	94	NEEDLES.....	190
<i>goodsense dual action complete</i>	246	HARVONI.....	101	HM ULTICARE SHORT PEN.....	
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV.....	180	<i>hav ez penetrating pain relief</i>	125	NEEDLES.....	190
GOODSENSE LANCETS 30G.....	180	HAVRIX.....	251	HUGGIES LITTLE MOVERS SIZE 7.....	175
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV.....	180	HEALON DUET PRO.....	229	HUGGIES LITTLE SNUGLER.....	
GOODSENSE LANCETS 33G.....	180	HEALON GV PRO.....	229	NEWBRN.....	175
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV.....	180	HEALON PRO.....	229	HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ.....	
<i>goodsense magnesium citrate</i>	170	HEALON5 PRO.....	229	3.....	175
<i>goodsense milk of magnesia</i>	170	HEALTHWISE INSULIN.....		HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ.....	
<i>goodsense nicotine</i>	240	SYR/NEEDLE.....	190	4.....	175
GOODSENSE PEN NEEDLE.....		HEALTHWISE MICRON PEN.....		HUGGIES LITTLE SNUGLERS SZ.....	
PENFINE.....	190	NEEDLES.....	190	5.....	175
GOPRELTO.....	218	HEALTHWISE SHORT PEN.....		HUGGIES OVERNITES SIZE 3.....	175
		NEEDLES.....	190	HUGGIES OVERNITES SIZE 4.....	175
		<i>healthy hair/skin/nails</i>	209	HUGGIES SNUG & DRY SIZE 1.....	175

HUGGIES SNUG & DRY SIZE 2.....	175	<i>hydromorphone hcl pf</i>	24	<i>incassia</i>	119
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 3.....	175	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	162	INCONTROL ULTICARE PEN	
HUGGIES SNUG & DRY SIZE 5.....	175	HYDROXYCHLOROQUINE		NEEDLES.....	190
HUGGIES SPEC DELIVERY		SULFATE.....	68	INCRELEX.....	143
NEWBORN.....	175	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	68	<i>indapamide</i>	139
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 1	175	<i>hydroxyurea</i>	83	INDERAL XL.....	104
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 2	176	<i>hydroxyzine hcl</i>	29	<i>indomethacin</i>	20
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 3	176	<i>hydroxyzine pamoate</i>	29	<i>indomethacin er</i>	20
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 4	176	HYFTOR.....	133	<i>indomethacin sodium</i>	20
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 5	176	HYLENEX.....	200	INFANRIX.....	245
HUGGIES SPEC DELIVERY SIZE 6	176	HYMOVIS.....	218	INFED.....	164
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER		HYPERHEP B.....	232	INFLIXIMAB.....	152
NEWBN.....	176	HYPERRAB.....	232	INFUMORPH 200.....	24
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ		HYPERRHO S/D.....	232	INFUMORPH 500.....	24
1.....	176	HYPERSAL.....	123	INFUVITE ADULT.....	209
HUGGIES+ LITTLE SNUGLER SZ		HYPERTET.....	232	INFUVITE PEDIATRIC.....	211
2.....	176	HY-VEE LANCETS.....	181	INGREZZA.....	236
HUMALOG.....	46	HY-VEE THIN LANCETS.....	181	INLYTA.....	89, 90
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN.....	46	<i>ibandronate sodium</i>	139	INNOPRAN XL.....	104
HUMALOG KWIKPEN.....	46	IBRANCE.....	84	INQOVI.....	82
HUMALOG MIX 50/50.....	46	<i>ibu</i>	20	INREBIC.....	85
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN.....	46	<i>ibuprofen</i>	20	INSPRA.....	63
HUMALOG MIX 75/25.....	46	<i>ibuprofen lysine</i>	20	INSTAT.....	165
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN.....	46	<i>ibutilide fumarate</i>	31	INSULIN LISPRO.....	47
HUMATE-P.....	157	<i>icatibant acetate</i>	158	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	47
HUMATIN.....	17	<i>iclevia</i>	118	INSULIN LISPRO JUNIOR	
HUMATROPE.....	141, 142	<i>icosapent ethyl</i>	57	KWIKPEN.....	47
HUMIRA (2 PEN).....	18	IDAMYCIN PFS.....	81	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	47
HUMIRA (2 SYRINGE).....	18	<i>idarubicin hcl</i>	81	INSULIN SYRINGE.....	190
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	18	IDELVION.....	157	<i>insulin syringe-needle u-100</i>	190
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT		IDHIFA.....	85	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	190
STARTER.....	18	IFE-BIMIX 30/1.....	108	INSUPEN PEN NEEDLES.....	190
HUMULIN 70/30.....	46	IFEX.....	87	INTELENCE.....	99
HUMULIN 70/30 KWIKPEN.....	46	<i>ifosfamide</i>	87	INTERCEED.....	165
HUMULIN N.....	46	IFOSFAMIDE.....	87	INTERCEED (TC7).....	165
HUMULIN N KWIKPEN.....	46	IGALMI.....	168	INTRALIPID.....	222
HUMULIN R.....	46	IHEEZO.....	226	INTRAROSA.....	253
HUMULIN R U-500		ILARIS.....	19	<i>introvale</i>	118
(CONCENTRATED).....	47	ILEVRO.....	226	INVEGA HAFYERA.....	93
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	47	ILIDERM.....	133	INVEGA SUSTENNA.....	93
HYALGAN.....	218	ILUVIEN.....	228	INVEGA TRINZA.....	93
HYCAMTIN.....	89	<i>imatinib mesylate</i>	75	INVELTYS.....	228
HYCODAN.....	122	IMBRUVICA.....	76	IONOSOL-MB IN D5W.....	196
<i>hydralazine hcl</i>	64	IMCIVREE.....	14	IOPIDINE.....	227
<i>hydrating electrolyte</i>	196	IMDELLTRA.....	75	IPOL.....	251
HYDREA.....	83	IMFINZI.....	74	<i>ipratropium bromide</i>	33, 219
<i>hydrochlorothiazide</i>	138, 139	<i>imipenem-cilastatin</i>	65	<i>ipratropium-albuterol</i>	32
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	123	<i>imipramine hcl</i>	44	<i>irbesartan</i>	62
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	24	<i>imipramine pamoate</i>	44	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	61
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	122	<i>iniquimod</i>	132	IRESSA.....	76
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	23	<i>iniquimod pump</i>	132	<i>irinotecan hcl</i>	89
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	23	IMJUDO.....	73	ISENTRESS.....	98, 99
<i>hydrocortisone</i>	28, 121, 131	IMMPHENTIV.....	254	ISENTRESS HD.....	98
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	28	IMOGAM RABIES-HT.....	232	<i>isibloom</i>	114
<i>hydrocortisone ace-pramoxine</i>	28	IMOVAX RABIES.....	251	<i>isoflurane</i>	153
<i>hydrocortisone butyrate</i>	131	IMPAVIDO.....	64	ISOLYTE-P IN D5W.....	196
<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	121	IMURAN.....	203	ISOLYTE-S.....	196
<i>hydrocortisone valerate</i>	131	IMVEXXY MAINTENANCE PACK.....	253	ISOLYTE-S PH 7.4.....	196
<i>hydrocortisone-acetic acid</i>	231	IMVEXXY STARTER PACK.....	253, 254	<i>isoniazid</i>	69
<i>hydromet</i>	122	IN TOUCH STERILE LANCETS 30G		<i>isoproterenol hcl</i>	33
<i>hydromorphone hcl</i>	24	.....	181	ISORDIL TITRADOSE.....	29
<i>hydromorphone hcl er</i>	24	<i>inatal gt</i>	212	<i>isosorb dinitrate-hydralazine</i>	109
HYDROMORPHONE HCL PF.....	24	INBRIJA.....	91	<i>isosorbide dinitrate</i>	29

<i>isosorbide mononitrate</i>	29	<i>kariva</i>	113	<i>klor-con m20</i>	198
<i>isosorbide mononitrate er</i>	29	KATE FARMS GLUCOSE SUPPORT		KLOXXADO	52
<i>isotretinoin</i>	125	1.2	137	<i>kls aspirin low dose</i>	22
<i>isradipine</i>	106	KATE FARMS RENAL SUPPORT		<i>kls laxaclear</i>	169
ISTODAX	77	1.8	137	<i>kls quit2</i>	240
ISTURISA	140	KATERZIA	106	<i>kls quit4</i>	240
<i>itraconazole</i>	55	KCENTRA	157	KMART VALU INSULIN SYRINGE	
<i>ivabradine hcl</i>	111	KCL (0.149%) IN NAACL	196	29G	190
<i>ivermectin</i>	29, 134	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	196	KMART VALU INSULIN SYRINGE	
IWILFIN	88	KCL (0.298%) IN NAACL	196	30G	190
IXCHIQ	251	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	196	KOATE	157
IXEMPRA KIT	86	KCL IN DEXTROSE-NAACL	196	KOATE-DVI	157
IXIARO	252	KCL-LACTATED RINGERS-D5W	196	<i>kobee</i>	207
IXINITY	157	KEDBUMIN	160	KOGENATE FS	157
IYUZEH	229	KEDRAB	232	KORSUVA	204
IZERVAY	225	<i>kelnor 1/35</i>	115	KOSELUGO	78
<i>jaimiess</i>	118	<i>kelnor 1/50</i>	115	KOSHER PRENATAL PLUS IRON	212
JAKAFI	85	KENALOG-10	121	Kourzeq	206
<i>jantoven</i>	35	KENALOG-40	121	KOVALTRY	157
JANUMET	46	KENALOG-80	121	<i>kp aspirin</i>	22
JANUMET XR	46	KENDALL HYDROGEL WOUND		<i>kp b complex-c</i>	206
JANUVIA	46	DRESS	136	<i>kp bisacodyl</i>	171
JARDIANCE	48	KENGREAL	159	<i>kp folic acid</i>	163
<i>jasmiel</i>	114	KEPIVANCE	84	KP PRENATAL MULTIVITAMINS	212
JATENZO	27	KERENDIA	144	K-PHOS	197
Javygtor	145	KESIMPTA	238	K-PHOS NO 2	154
JAYPIRCA	76	KETALAR	153	K-PHOS-NEUTRAL	197
JELMYTO	81	<i>ketamine hcl</i>	153	KPN PRENATAL	212
JEMPERLI	74	<i>ketamine hcl-sodium chloride</i>	153	KRAZATI	78
<i>jencycla</i>	119	<i>ketoconazole</i>	55, 132	KRINTAFEL	68
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL	212	<i>ketodan</i>	132	KRISTALOSE	169
JEUVEAU	132	<i>ketoprofen er</i>	20	KROGER HEALTHPRO LANCET	
JEVTANA	86	<i>ketorolac tromethamine</i>	20, 226	26G	181
<i>jinteli</i>	148	KETOROLAC TROMETHAMINE	20	KROGER INSULIN SYRINGE	191
JIVI	157	KEYTRUDA	74	KROGER LANCETS	181
JOENJA	199	KHAPZORY	84	KROGER LANCETS 21G	181
<i>jolessa</i>	118	KIMMTRAK	75	KROGER LANCETS MICRO THIN	
Joyeaux	114	<i>kimono</i>	174	33G	181
JUBLIA	132	KIMONO COLORS	174	KROGER LANCETS SUPER THIN	181
<i>juleber</i>	114	KIMONO MAXX-LARGE FLARE	174	KROGER LANCETS THIN	181
JULUCA	97	<i>kimono micro thin</i>	174	KROGER LANCETS THIN 26G	181
<i>junel 1.5/30</i>	114	<i>kimono micro thin plus</i>	174	KROGER LANCETS ULTRATHIN	
<i>junel 1/20</i>	115	<i>kimono plus</i>	174	30G	181
<i>junel fe 1.5/30</i>	115	<i>kimono ps</i>	174	KROGER PEN NEEDLES	191
<i>junel fe 1/20</i>	115	<i>kimono ps plus</i>	174	KRYSTEXXA	155
<i>junel fe 24</i>	115	<i>kimono sensation</i>	174	K-TAB	198
JUXTAPID	59	<i>kimono sensation plus</i>	174	<i>kurvelo</i>	115
JYLAMVO	71	KIMONO SPECIAL	174	KYLEENA	119
JYNARQUE	146	KIMYRSA	65	KYPROLIS	80
JYNNEOS	252	KINNEY LANCETS	181	<i>labetalol hcl</i>	103
KABIVEN	222	KINNEY THIN LANCETS	181	<i>lacosamide</i>	38
KADCYLA	82	KINRAY INSULIN SYRINGE	190	<i>lactated ringers</i>	197, 202
<i>kaitlib fe</i>	115	KINRIX	245	LACTULOSE	169
KALBITOR	160	KISQALI (200 MG DOSE)	84	<i>lactulose</i>	169
KALETRA	97, 98	KISQALI (400 MG DOSE)	84	<i>lactulose encephalopathy</i>	152
<i>kalliga</i>	115	KISQALI (600 MG DOSE)	84	LAGEVRIO	102
KALYDECO	242	KLARON	124	<i>lamivudine</i>	100, 101
KAMELEON LUBRICATED	174	Klayesta	126	<i>lamivudine-zidovudine</i>	98
KANJINTI	73	KLISYRI	133	<i>lamotrigine</i>	38
KANUMA	144	<i>klor-con</i>	198	<i>lamotrigine er</i>	38
KAPSPARGO SPRINKLE	104	<i>klor-con 10</i>	198	<i>lamotrigine starter kit-blue</i>	38
KARBINAL ER	56	<i>klor-con m10</i>	198	<i>lamotrigine starter kit-green</i>	38
KARDIAMEMBRANE	135	<i>klor-con m15</i>	198	<i>lamotrigine starter kit-orange</i>	38

LAMPIT.....	65	<i>levocarnitine sf</i>	140	<i>lithium carbonate er</i>	92
LAMZEDE.....	139	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	56	LITHOSTAT.....	155
LANCETS.....	181	<i>levofloxacin</i>	149, 224	LIVE BETTER LANCET SUPER	
LANCETS 30G.....	181	<i>levofloxacin in d5w</i>	149	THIN.....	182
LANCETS 33G.....	181	<i>levoleucovorin calcium</i>	84	LIVMARLI.....	151
LANCETS MICRO THIN 33G.....	181	<i>levoleucovorin calcium pf</i>	84	LIVTENCITY.....	101
LANCETS SUPER THIN.....	181	<i>levonest</i>	119	<i>lmd in d5w</i>	160
LANCETS SUPER THIN 28G.....	181	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	118	<i>lmd in nacl</i>	160
LANCETS THIN.....	181	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	118	LO LOESTRIN FE.....	113
LANCETS ULTRA THIN.....	181	<i>levonorgest-eth estradiol-iron</i>	115	LODINE.....	20
LANCETS ULTRA THIN 30G.....	182	<i>levonorgestrel</i>	117	LODOSYN.....	91
LANOXIN.....	108	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	115, 117	<i>loestrin 1.5/30 (21)</i>	115
LANOXIN PEDIATRIC.....	108	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	119	<i>loestrin 1/20 (21)</i>	115
LANREOTIDE ACETATE.....	146	LEVOPHED.....	254	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	115
<i>lansoprazole</i>	247	<i>levora 0.15/30 (28)</i>	115	<i>loestrin fe 1/20</i>	115
<i>lanthanum carbonate</i>	152	<i>levorphanol tartrate</i>	24	<i>lofexidine hcl</i>	234
LANTUS.....	47	<i>levo-t</i>	245	<i>lojaimiess</i>	118
LANTUS SOLOSTAR.....	47	LEVOTHYROXINE SODIUM.....	245	LOKELMA.....	203
<i>lapatinib ditosylate</i>	79	<i>levothyroxine sodium</i>	245	LOMAIRA.....	13
<i>larin 1.5/30</i>	115	<i>levoxyl</i>	245	LOMOTIL.....	50
<i>larin 1/20</i>	115	LEVULAN KERASTICK.....	134	LONGS INSULIN SYRINGE.....	191
<i>larin 24 fe</i>	115	<i>l-glutamine</i>	162	LONGS LANCETS STANDARD.....	182
<i>larin fe 1.5/30</i>	115	LIBERTY MEDICAL LANCETS.....	182	LONGS LANCETS THIN.....	182
<i>larin fe 1/20</i>	115	LIBRAX.....	246	LONGS LANCETS ULTRA THIN.....	182
LASIX.....	138	LIBTAYO.....	74	LONSURF.....	82
<i>latanoprost</i>	229	LICEFREEE.....	201	<i>loperamide hcl</i>	50
LATISSE.....	134	<i>lidocaine</i>	133	LOPID.....	58
LAVARE WOUND WASH.....	136	<i>lidocaine hcl</i>	133, 172, 204	<i>lopinavir-ritonavir</i>	98
<i>laxative</i>	171	<i>lidocaine hcl (cardiac)</i>	30	LOQTORZI.....	74
<i>layolis fe</i>	115	LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF.....	30	<i>lorazepam</i>	30
LAZCLUZE.....	76	<i>lidocaine hcl (cardiac) pf</i>	30	<i>lorazepam intensol</i>	30
LEADER INSULIN SYRINGE.....	191	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	172	LORBRENA.....	72
LEADER UNIFINE PENTIPS.....	191	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	133	<i>loryna</i>	115
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS.....	191	<i>lidocaine hcl-bupivacaine hcl</i>	226	<i>losartan potassium</i>	62
<i>leena</i>	119	<i>lidocaine hcl-oxymetazoline</i>	218	<i>losartan potassium-hctz</i>	61
<i>leflunomide</i>	21	<i>lidocaine in d5w</i>	31	LOTEMAX.....	228
LEMTRADA.....	238	<i>lidocaine viscous hcl</i>	204	LOTEMAX SM.....	228
<i>lenalidomide</i>	201	<i>lidocaine-epinephrine</i>	172	LOTENSIN.....	60
LENTOCILIN.....	233	<i>lidocaine-epinephrine (pf)</i>	171	LOTENSIN HCT.....	60
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	90	<i>lidocaine-prilocaine</i>	136	<i>loteprednol etabonate</i>	228
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	90	LILETTA (52 MG).....	119	<i>lovastatin</i>	58
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	90	LINCOCIN.....	67	<i>low-ogestrel</i>	115
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	90	<i>lincomycin hcl</i>	67	<i>loxapine succinate</i>	95
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	90	<i>linezolid</i>	67	<i>lo-zumandimine</i>	115
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	90	<i>linezolid in sodium chloride</i>	67	<i>lubiprostone</i>	150
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	90	LINZESS.....	150	<i>lubricant eye pm</i>	222
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	90	<i>liothyronine sodium</i>	245	LUCENTIS.....	230
LEQVIO.....	59	<i>lipase concentrate-hp</i>	137	LUGOLS STRONG IODINE.....	97
<i>lessina</i>	115	<i>lipo flavonoid plus</i>	216	<i>luliconazole</i>	132
<i>letrozole</i>	83	LIPOFEN.....	58	LUMAKRAS.....	78
<i>leucovorin calcium</i>	84	<i>lipoflavovit</i>	216	LUMIGAN.....	229
LEUKERAN.....	87	LIPOTRIAD.....	216	LUMIZYME.....	141
LEUKINE.....	164	<i>liraglutide</i>	47	LUNSUMIO.....	75
<i>leuprolide acetate</i>	86	<i>lisdexamphetamine dimesylate</i>	12, 13	LUPKYNIS.....	200
<i>leuprolide acetate (3 month)</i>	86	<i>lisinopril</i>	60	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	86
<i>levabuterol hcl</i>	33	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	60	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	86
<i>levabuterol tartrate</i>	33	LITE TOUCH LANCETS.....	182	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	86
<i>levamlodipine maleate</i>	106	LITETOUCH INSULIN SYRINGE.....	191	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	86
<i>levetiracetam</i>	39	LITETOUCH LANCETS.....	182	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	143
<i>levetiracetam er</i>	39	LITETOUCH PEN NEEDLES.....	191	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	143
LEVETIRACETAM IN NACL.....	39	LITFULO.....	125	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	143
<i>levobunolol hcl</i>	222	<i>lithium</i>	92	<i>lurasidone hcl</i>	93
<i>levocarnitine</i>	140	<i>lithium carbonate</i>	92	LUTATHERA.....	82

<i>lutera</i>	115	<i>meclizine hcl</i>	53	<i>metformin hcl er</i>	45
LUZU.....	132	<i>meclofenamate sodium</i>	20	METHADONE HCL.....	24
LYBALVI.....	242	<i>medi tab</i>	209	<i>methadone hcl</i>	24, 25
<i>lyleg</i>	119	MEDIC INSULIN SYRINGE.....	191	<i>methadone hcl intensol</i>	24
<i>lyllana</i>	149	MEDICHOICE SAFETY LANCET.....	182	METHADOSE.....	25
LYNPARZA.....	88	MEDICHOICE SAFETY LANCET		<i>methadose</i>	25
LYRICA CR.....	239	EXTRA.....	182	METHADOSE SUGAR-FREE.....	25
LYSODREN.....	70	MEDICHOICE SAFETY LANCET		<i>methazolamide</i>	137
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	77	NORM.....	182	<i>methenamine hippurate</i>	67
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	77	MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES.....	191	<i>methergine</i>	231
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	77	<i>medikoff drops</i>	205	<i>methimazole</i>	244
LYUMJEV.....	47	MEDLANCE PLUS EXTRA 21G.....	182	<i>methocarbamol</i>	217
LYUMJEV KWIKPEN.....	47	MEDLANCE PLUS LITE 25G.....	182	<i>methotrexate sodium</i>	71
<i>lyza</i>	119	MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM		<i>methotrexate sodium (pf)</i>	71
<i>maca root</i>	16	.....	182	<i>methoxsalen rapid</i>	127
MACROBID.....	67	MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G		<i>methscopolamine bromide</i>	248
MACRODANTIN.....	67	.....	182	<i>methsuximide</i>	41
<i>mafenide acetate</i>	129	MEDLANCE PLUS UNIVERSAL		<i>methylropa</i>	63
MAGELLAN INSULIN SAFETY		21G.....	182	<i>methylene blue</i>	51
SYR.....	191	MEDROL.....	121	<i>methylene blue (antidote)</i>	51
<i>magnesium citrate</i>	170	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	118, 234	<i>methylergonovine maleate</i>	231
MAGNESIUM SULFATE.....	197	<i>mefenamic acid</i>	20	<i>methylphenidate</i>	15
MAGNESIUM SULFATE IN D5W.....	197	<i>mefloquine hcl</i>	68	<i>methylphenidate hcl</i>	15
MALARONE.....	68	<i>mega multiple/chelated mineral</i>	216	<i>methylphenidate hcl er</i>	15
<i>malathion</i>	134	<i>megestrol acetate</i>	88, 234	<i>methylphenidate hcl er (cd)</i>	14
<i>manganese chloride</i>	197	MEIJER LANCETS.....	182	<i>methylphenidate hcl er (la)</i>	14, 15
<i>mannitol</i>	138	MEIJER LANCETS THIN.....	182	<i>methylphenidate hcl er (osm)</i>	15
MARATHON MEDICAL PENTIPS.....	191	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		METHYLPHENIDATE HCL ER	
<i>maraviroc</i>	98	21G.....	182	(OSM).....	15
MARCAINE.....	172	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylphenidate hcl er (xr)</i>	15
MARCAINE PRESERVATIVE FREE.....	172	30G.....	182	<i>methylprednisolone</i>	121
MARCAINE/EPINEPHRINE.....	172	MEIJER LANCETS UNIVERSAL		<i>methylprednisolone sodium succ</i>	121
MARCAINE/EPINEPHRINE PF.....	172	33G.....	182	<i>metoclopramide hcl</i>	150
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	122	MEIJER PEN NEEDLES.....	191	<i>metolazone</i>	139
MARGENZA.....	73	MEIJER SUPER THIN LANCETS.....	182	<i>metoprolol succinate er</i>	104
MARINOL.....	53	MEKINIST.....	78	<i>metoprolol tartrate</i>	104
<i>marlissa</i>	115	MEKTOVI.....	78	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	63
MARPLAN.....	42	<i>meloxicam</i>	20	METROCREAM.....	134
MASONATAL.....	212	<i>melphalan hcl</i>	87	METRONIDAZOLE.....	64
MATULANE.....	83	<i>memantine hcl</i>	238, 239	<i>metronidazole</i>	64, 134, 253
<i>matzim la</i>	106	<i>memantine hcl er</i>	238	<i>metryrosine</i>	61
MAVENCLAD (10 TABS).....	236	MENEST.....	149	<i>mexiletine hcl</i>	31
MAVENCLAD (4 TABS).....	237	MENOPUR.....	145	MI PASTE.....	175
MAVENCLAD (5 TABS).....	237	MENOSTAR.....	149	MI PASTE PLUS.....	175
MAVENCLAD (6 TABS).....	237	MENQUADFI.....	249	MIACALCIN.....	140
MAVENCLAD (7 TABS).....	237	MENVEO.....	249	Mibelas 24 Fe.....	115
MAVENCLAD (8 TABS).....	237	<i>mepidine hcl</i>	24	MICAFUNGIN SODIUM.....	54
MAVENCLAD (9 TABS).....	237	MEPILEX BORDER FLEX/CM.....	136	<i>micafungin sodium-nacl</i>	54
MAX SLEEP JUNIOR.....	17	<i>meprobamate</i>	29	<i>miconazole 3</i>	253
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE.....	191	MEPRON.....	65	<i>miconazole-zinc oxide-petrolat</i>	126
MAXI-COMFORT INSULIN		MEPSEVII.....	144	MICRHOGAM ULTRA-FILTERED	
SYRINGE.....	191	<i>mercaptopurine</i>	71	PLUS.....	232
MAXI-COMFORT SAFETY PEN		<i>meropenem</i>	65	MICRODOT PEN NEEDLE.....	191
NEEDLE.....	191	MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.....	65	<i>microgestin 1.5/30</i>	115
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2".....	191	<i>merzee</i>	115	<i>microgestin 1/20</i>	115
MAXIDEX.....	228	<i>mesalamine</i>	151	<i>microgestin fe 1.5/30</i>	115
MAXITROL.....	227	<i>mesalamine er</i>	151	<i>microgestin fe 1/20</i>	115
<i>maxi-tuss ac</i>	122	<i>mesalamine-cleanser</i>	151	MICROLET LANCETS.....	182
MAXI-TUSS CD.....	124	<i>mesna</i>	89	<i>midazolam hcl</i>	167
<i>maxx</i>	174	MESNEX.....	89	<i>midazolam hcl (pf)</i>	167
<i>maxx plus</i>	174	MESTINON.....	68	MIDAZOLAM HCL-SODIUM	
MAYZENT.....	241	<i>metaxalone</i>	216	CHLORIDE.....	167
MAYZENT STARTER PACK.....	242	<i>metformin hcl</i>	45	<i>midazolam-sodium chloride (pf)</i>	167

<i>midodrine hcl</i>	255	<i>morphine sulfate</i>	25	MYRBETRIQ.....	249
MIFEPREX.....	139	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	25	MYTESI.....	50
<i>mifepristone</i>	48, 139	<i>morphine sulfate (pf)</i>	25	MYXREDLIN.....	47
<i>migergot</i>	195	MORPHINE SULFATE (PF).....	25	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	164
<i>miglitol</i>	45	<i>morphine sulfate er</i>	25	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	168
<i>miglustat</i>	162	<i>morphine sulfate er beads</i>	25	NABI-HB.....	232
<i>mili</i>	115	MOTOFEN.....	50	<i>nabumetone</i>	20
<i>milk of magnesia</i>	170	MOUNJARO.....	47	<i>nadolol</i>	104
<i>milrinone lactate</i>	108	MOVANTIK.....	152	<i>nafcillin sodium</i>	234
<i>milrinone lactate in dextrose</i>	108	MOVIPREP.....	168	NAFCILLIN SODIUM IN	
<i>mimvey</i>	148	MOXIFLOXACIN HCL.....	149	DEXTROSE.....	234
<i>mineral oil heavy</i>	169	<i>moxifloxacin hcl</i>	149, 224	<i>naftifine hcl</i>	126
MINILINK REAL-TIME		<i>moxifloxacin hcl (2x day)</i>	224	NAFTIN.....	126
TRANSMITTER.....	182	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	149	NAGLAZYME.....	144
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS		MOZOBIL.....	162	<i>nalbuphine hcl</i>	27
.....	182	MRESVIA.....	252	<i>nalmefene hcl</i>	52
MINOCIN.....	244	MS INSULIN SYRINGE.....	191	<i>naloxone hcl</i>	52
<i>minocycline hcl</i>	244	MULPLETA.....	164	<i>naltrexone hcl</i>	52
<i>minoxidil</i>	64	MULTAQ.....	31	NAMENDA TITRATION PAK.....	239
MIOCHOL-E.....	223	MULTI PRENATAL.....	212	NAMZARIC.....	235
MIOSTAT.....	223	<i>multi vitamin</i>	209	<i>naproxen</i>	20
<i>mirabegron er</i>	249	MULTI VITAMIN W/D-3.....	210	<i>naproxen dr</i>	20
MIRAPEX ER.....	92	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	197	<i>naproxen sodium</i>	20
MIRCERA.....	162	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	197	<i>naratriptan hcl</i>	195
MIRENA (52 MG).....	119	<i>multiple vitamin-folic acid</i>	210	NARDIL.....	42
<i>mirtazapine</i>	41	<i>multiple vitamins</i>	210	NAROPIN.....	172
MIRVASO.....	134	<i>multiple vitamins essential</i>	210	NATACYN.....	224
<i>misoprostol</i>	248	<i>multiple vitamins/iron</i>	208	<i>natal pnv</i>	212
<i>mitigo</i>	25	MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	199	NATALVIT.....	212
<i>mitomycin</i>	81, 224	MULTIVITAMIN.....	210	NATAZIA.....	118
MITOSOL.....	224	<i>multi-vitamin</i>	210	<i>nateglinide</i>	48
<i>mitoxantrone hcl</i>	81	<i>multivitamin adult</i>	210	NATESTO.....	27
<i>mm allergy relief 24 hour</i>	56	<i>multivitamin iron-free</i>	210	NATROBA.....	134
<i>mm aspirin</i>	22	<i>multivitamin plus iron adult</i>	208	<i>nat-rul b-50</i>	216
<i>mm clearlax</i>	169	<i>multivitamin w/fluoride</i>	211	<i>nat-rul daily-vite+iron</i>	208
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE...	191	<i>multivitamin/fluoride</i>	211	NAYZILAM.....	37
MM PEN NEEDLES.....	191	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	211	<i>nebivolol hcl</i>	104
<i>mm stool softener</i>	171	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	211	NEBUPENT.....	64
MM TWIST LANCETS.....	182	<i>multi-vitamin/iron</i>	208	Nebusal.....	123
M-M-R II.....	250	MULTI-VIT-FLOR.....	211	<i>necon 0.5/35 (28)</i>	116
M-NATAL PLUS.....	212	MULTRYS.....	199	NEEVO DHA.....	212
<i>modafinil</i>	15	<i>mupirocin</i>	125	<i>nefazodone hcl</i>	43
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y		<i>mutamycin</i>	81	<i>nelarabine</i>	71
.....	252	MVASI.....	90	NEOCATE SYNEO JUNIOR.....	137
<i>moexipril hcl</i>	61	<i>my choice</i>	117	NEOMULTIVITE.....	210
<i>molindone hcl</i>	95	<i>my way</i>	117	<i>neomycin sulfate</i>	17
<i>mometasone furoate</i>	131, 219	MYALEPT.....	143	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	224
<i>mondoxyne nl</i>	244	MYCAMINE.....	54	<i>neomycin-polymyxin b gu</i>	154
MONJUVI.....	72	MYCAPSSA.....	146	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	227
MONOJECT BONE MARROW		<i>mycophenolate mofetil</i>	201	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	224
BIOPSY.....	172	<i>mycophenolate mofetil hcl</i>	201	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	227, 230
<i>monoject flush syringe</i>	198	<i>mycophenolate sodium</i>	201	NEONATAL COMPLETE.....	212
MONOJECT INSULIN SYRINGE....	191	<i>mycophenolic acid</i>	201	NEONATAL PLUS.....	212
<i>monoject sodium chloride flush</i>	198	MYDCOMBI.....	223	<i>neonatal prenatal</i>	212
MONOJECT ULTRA COMFORT		MYDRIACYL.....	223	NEONATAL VITAMIN.....	213
SYRINGE.....	191	MYFEMBREE.....	148	<i>neo-polycin</i>	224
MONOLET LANCETS.....	182	MYFORTIC.....	201	<i>neo-polycin hc</i>	227
MONOLET OPD LANCETS.....	182	MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G		NEOPROFEN.....	20
MONOLETTOR SAFETY LANCETS	182	.....	182	NEORAL.....	200
<i>mono-lynyah</i>	116	MYHIBBIN.....	201	NEOSTIGMINE METHYLSULFATE.	68
MONOVISC.....	218	MYLERAN.....	69	NEO-SYNALAR.....	125
<i>montelukast sodium</i>	34	MYLOTARG.....	73	NEOX 100.....	135
MORPHINE SULFATE.....	25	MYOBLOC.....	220	NEOX CORD 1K.....	135

<i>nephro vitamins</i>	206	<i>nitrofurantoin</i>	67	NULIBRY	144
NEPHRO-VITE	206	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	67	NULOJIX	204
NERLYNX	79	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	67	NUMBRINO	219
NESACAINE	172	<i>nitroglycerin</i>	28, 29	NUPLAZID	93
NESACAINE-MPF	173	NITROGLYCERIN	29	NURTEC	194
NESTABS	213	<i>nitroglycerin in d5w</i>	29	NUTRILIPID	222
NESTABS DHA	213	NITROLINGUAL	29	NUTROPIN AQ NUSPIN 10	142
NESTABS ONE	215	<i>nitroprusside sodium</i>	64	NUTROPIN AQ NUSPIN 20	142
<i>neucac</i>	124	<i>nitroprusside sodium-nacl</i>	64	NUTROPIN AQ NUSPIN 5	142
NEULASTA	163	NITROSTAT	29	NUVARING	117
NEULASTA ONPRO	163	NITYR	142	NUVESSA	253
NEUPOGEN	163	<i>niva thyroid</i>	245	NUWIQ	157
NEUPRO	92	NIVA-PLUS	213	NUZYRA	243
NEVANAC	226	NIVESTYM	163	<i>nyamyc</i>	126
<i>nevirapine</i>	99, 100	<i>nizatidine</i>	247	<i>nylia 1/35</i>	116
<i>nevirapine er</i>	99	NOCDURNA	147	<i>nylia 7/7/7</i>	120
<i>new day</i>	118	<i>nora-be</i>	119	NYMALIZE	106
NEXAVAR	79	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	117	<i>nystatin</i>	55, 126, 204
NEXIUM I.V.	247	<i>norepinephrine bitartrate</i>	255	<i>nystatin-triamcinolone</i>	126
NEXLETOL	57	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	116	<i>nystop</i>	126
NEXLIZET	57	<i>norethindrone</i>	119	OB COMPLETE	213
NEXOBRID	131	<i>norethindrone acetate</i>	234	OB COMPLETE ONE	213
NEXPLANON	118	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	116	OB COMPLETE PETITE	213
NEXTERONE	31	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	148	OB COMPLETE PREMIER	213
NEXTSTELLIS	116	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	119	OB COMPLETE/DHA	213
NEXVIAZYME	141	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	116	<i>obizur</i>	157
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	59	<i>norgesic</i>	217	OICALIVA	149
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	59	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	116	<i>ocella</i>	116
<i>niacor</i>	59	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	119	OCTAGAM	232
<i>nicardipine hcl</i>	106	NORLIQVA	106	OCTAPLAS BLOOD GROUP A	160
NICARDIPINE HCL IN NACL	106	<i>norlyroc</i>	119	OCTAPLAS BLOOD GROUP AB	160
NICODERM CQ	240	<i>normal saline flush</i>	198	OCTAPLAS BLOOD GROUP B	160
NICORETTE	240, 241	NORMOSOL-M IN D5W	196	OCTAPLAS BLOOD GROUP O	160
NICORETTE MINI	240	NORMOSOL-R	197	<i>octeotide acetate</i>	146
NICORETTE STARTER KIT	241	NORMOSOL-R IN D5W	196	OCUFLOX	224
NICOTINE	241	NORMOSOL-R PH 7.4	197	ODACTRA	16
<i>nicotine</i>	241	NORPACE	30	ODEFSEY	98
<i>nicotine mini</i>	241	NORPACE CR	30	ODOMZO	77
<i>nicotine polacrilex</i>	241	NORPRAMIN	44	OFEV	243
<i>nicotine polacrilex mini</i>	241	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	116	<i>ofloxacin</i>	149, 224, 230
<i>nicotine step 1</i>	241	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	116	OGIVRI	74
<i>nicotine step 2</i>	241	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	116	OGSIVEO	77
<i>nicotine step 3</i>	241	<i>nortrel 7/7/7</i>	119	OHTUVAYRE	34
NICOTROL	241	<i>nortriptyline hcl</i>	44	OJEMDA	75
NICOTROL NS	241	NORVIR	99	OJJAARA	85
<i>nifedipine</i>	106	NOURIANZ	90	<i>olanzapine</i>	96
<i>nifedipine er</i>	106	NOVA SAFETY LANCETS 23G	182	<i>olanzapine-fluoxetine hcl</i>	242
<i>nifedipine er osmotic release</i>	106	NOVA SAFETY LANCETS 28G	182	OLINVYK	25
<i>nikki</i>	116	NOVA SUREFLEX LANCETS	182	<i>olmesartan medoxomil</i>	62
<i>nilutamide</i>	70	NOVAREL	145	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	61, 62
<i>nimodipine</i>	106	<i>novavax covid-19 vaccine</i>	252	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	62
NINJACOF	123	<i>novite</i>	210	<i>olopatadine hcl</i>	219
NINJACOF-D	123	NOVOEIGHT	157	OLPRUVA (2 GM DOSE)	146
NINJACOF-XG	122	NOVOFINE PEN NEEDLE	191	OLPRUVA (3 GM DOSE)	146
NINLARO	80	NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE	191	OLPRUVA (4 GM DOSE)	146
NIPENT	83	NOVOSEVEN RT	157	OLPRUVA (5 GM DOSE)	146
NIPRIDE RTU	64	NOXAFIL	55	OLPRUVA (6 GM DOSE)	146
<i>nisoldipine er</i>	106	<i>np thyroid</i>	245	OLPRUVA (6.67 GM DOSE)	146
<i>nitazoxanide</i>	65	NPLATE	164	OMECLAMOX-PAK	248
NITHIODOLE	50	NUBEQA	70	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	57
<i>nitisinone</i>	142	NUCALA	33, 34	OMEGAVEN	222
NITRO-BID	29	NUCYNTA	25	<i>omeprazole</i>	247
NITRO-DUR	29	NUEDEXTA	239	OMIDRIA	228

OMNICAP.....	210	<i>oralone</i>	206	PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE).....	15
OMNIFLEX DIAPHRAGM.....	176	ORAPRED ODT.....	121	PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE).....	15
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5.....	187	ORAVIG.....	204	PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE)..	15
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5.....	187	ORBACTIV.....	65	PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE).....	15
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6.....	187	ORENITRAM.....	109	PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE).....	15
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS.....	187	ORENITRAM MONTH 1.....	109	PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE)....	16
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	187	ORENITRAM MONTH 2.....	109	PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE).....	16
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)....	187	ORENITRAM MONTH 3.....	109	PALFORZIA (300 MG TITRATION)..	16
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4).....	187	ORFADIN.....	142	PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE)..	16
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)....	187	ORGOVYX.....	84	PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE)....	16
ONCASPAR.....	82	ORIAHNN.....	148	PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE)..	16
<i>once daily</i>	210	ORLISSA.....	141	PALFORZIA INITIAL ESCALATION	16
<i>ondansetron</i>	52	ORKAMBI.....	243	PALINGEN FLOW.....	135
<i>ondansetron hcl</i>	52	ORLADEYO.....	160	PALINGEN HYDROMEMBRANE....	135
<i>one daily</i>	210	<i>orlistat</i>	14	PALINGEN INOVOFLO.....	135
<i>one daily essential</i>	210	Ormalvi.....	137	PALINGEN MEMBRANE.....	135
<i>one daily essentials</i>	210	<i>orphenadrine citrate</i>	217	PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE.....	135
<i>one daily multivitamin adult</i>	210	<i>orphenadrine citrate er</i>	217	PALINGEN XPLUS MEMBRANE....	135
<i>one daily multivitamin/iron</i>	208	ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE.....	217	<i>paliperidone er</i>	93
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN.....	210	<i>orphengesic forte</i>	217	PALONOSETRON HCL.....	52
ONE VITE WOMENS.....	213	ORSERDU.....	89	<i>palonosetron hcl</i>	53
ONE VITE WOMENS PLUS.....	213	ORTHOVISC.....	218	PALYNZIQ.....	145
ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	210	<i>oseltamivir phosphate</i>	102	PAMELOR.....	44
ONE-A-DAY MENS.....	210	<i>osmitrol</i>	138	<i>pamidronate disodium</i>	139
ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL.....	213	OSMOLEX ER.....	91	PAMIDRONATE DISODIUM.....	139
<i>one-daily multi vitamins</i>	210	OSPHENA.....	146	PAMPERS EASY UPS 2T-3T.....	176
<i>one-daily multi-vitamin</i>	210	OTEZLA.....	20	PAMPERS EASY UPS 4T-5T.....	176
<i>one-daily multivitamin/iron</i>	208	OTOVEL.....	230	PAMPERS EASY UPS MLP 2T-3T....	176
<i>one-daily/iron</i>	208	OTREXUP.....	18	PAMPERS EASY UPS MLP 4T-5T....	176
ONELAX MAGNESIUM CITRATE..	170	OVEGA-3.....	222	PAMPERS SWADDLERS SIZE 7.....	176
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G.....	182	OVIDE.....	134	PANCREAZE.....	137
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G.....	182	OXIDREL.....	145	PANHEMATIN.....	159
ONETOUCH ULTRA.....	137	<i>oxacillin sodium</i>	234	PANRETIN.....	127
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST....	137	OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE.....	234	<i>pantoprazole sodium</i>	247
ONETOUCH ULTRA TEST.....	137	<i>oxaliplatin</i>	69	<i>pantoprazole sodium-nacl</i>	247
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS.....	183	<i>oxaprozin</i>	20	PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER.....	183
ONETOUCH VERIO.....	137	<i>oxazepam</i>	30	PARAGARD INTRAUTERINE COPPER.....	117
ONGENTYS.....	92	<i>oxcarbazepine</i>	39	<i>paraplatin</i>	69
ONIVYDE.....	89	<i>oxcarbazepine er</i>	39	<i>paricalcitol</i>	143
ONPATTRO.....	240	OXERVATE.....	226	PARLODEL.....	91
ONTRUZANT.....	74	<i>oxiconazole nitrate</i>	132	PARNATE.....	42
ONUREG.....	71	OXISTAT.....	132	<i>paroxetine hcl</i>	43
<i>opcicon one-step</i>	118	OXLUMO.....	155	<i>paroxetine hcl er</i>	42
OPDIVO.....	74	<i>oxybutynin chloride</i>	248, 249	<i>paroxetine mesylate</i>	242
OPDUALAG.....	72	<i>oxybutynin chloride er</i>	248	PARSABIV.....	140
OPFOLDA.....	141	<i>oxycodone hcl</i>	25	PAXIL.....	43
OPILL.....	119	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN.....	26	PAXLOVID (150/100).....	101
OPSUMIT.....	110	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	26	PAXLOVID (300/100).....	101
OPSYNVI.....	109	<i>oxymorphone hcl</i>	25	<i>pazopanib hcl</i>	79
<i>option 2</i>	118	<i>oxymorphone hcl er</i>	25	PC UNIFINE PENTIPS.....	191
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE.....	253	<i>oxytocin</i>	231	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT....	196
OPVEE.....	52	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)....	47	PEDIAPRED.....	121
OPZELURA.....	129	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	47	PEDIARIX.....	245
ORABLOC.....	172	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	48	PEDMARK.....	88
ORALAIR.....	16	OZURDEX.....	228	PEDVAX HIB.....	249
		<i>pacerone</i>	31		
		<i>paclitaxel</i>	86		
		PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART.....	87		
		PADCEV.....	74		
		PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE)..	15		

<i>peg 3350</i>	169	<i>phentolamine mesylate</i>	61	<i>polocaine</i>	172
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	168	<i>phenylephrine hcl</i>	223	<i>polocaine-mpf</i>	172
<i>peg-3350/electrolytes</i>	168	PHENYLEPHRINE HCL		<i>polycin</i>	224
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat</i>	168	(PRESSORS).....	255	<i>polyethylene glycol 3350</i>	169
PEGASYS.....	102	PHENYTEK.....	41	<i>polymyxin b sulfate</i>	67
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c</i>	168	<i>phenytoin</i>	41	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	224
PEG-PREP.....	168	<i>phenytoin infatabs</i>	41	POLY-TUSSIN AC.....	124
PEMAZYRE.....	77	<i>phenytoin sodium</i>	41	POLY-VI-FLOR.....	211
<i>pemetrexed</i>	71	<i>phenytoin sodium extended</i>	41	POLY-VI-FLOR/IRON.....	211
<i>pemetrexed disodium</i>	71	PHESGO.....	82	POMALYST.....	78
<i>pemetrexed diromethamine</i>	71	PHEXXI.....	253	POMBILITI.....	141
PEMFEXY.....	71	<i>philitih</i>	116	PONVORY.....	242
PEMGARDA.....	231	<i>phillips milk of magnesia</i>	170	PONVORY STARTER PACK.....	242
PEMRYDI RTU.....	71	<i>phospha 250 neutral</i>	197	<i>portia-28</i>	116
PEN NEEDLES.....	191	PHOSPHOLINE IODIDE.....	223	PORTRAZZA.....	76
PEN NEEDLES 5/16".....	191	<i>phosphorous</i>	197	<i>posaconazole</i>	55
PENBRAYA.....	250	<i>phospho-trin 250 neutral</i>	197	POSFREA.....	53
<i>penciclovir</i>	129	<i>phospho-trin k500</i>	197	POSIMIR.....	172
<i>penicillamine</i>	199	PHOTOFRIN.....	83	POTASSIUM ACETATE.....	198
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....	233	PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS		POTASSIUM CHLORIDE.....	198
<i>penicillin g potassium</i>	233	KIT.....	227	<i>potassium chloride</i>	198
<i>penicillin g sodium</i>	233	PHOXILLUM B22K4/0.....	200	<i>potassium chloride crys er</i>	198
<i>penicillin v potassium</i>	233	PHOXILLUM BK4/2.5.....	200	<i>potassium chloride er</i>	198
PENTACEL.....	245	<i>physiolyte</i>	202	POTASSIUM CHLORIDE IN NACL.....	197
PENTAM.....	64	<i>physiosol irrigation</i>	202	<i>potassium chloride in nacl</i>	197
<i>pentamidine isethionate</i>	64	<i>phytonadione</i>	255	<i>potassium citrate er</i>	154
PENTASA.....	151	PIASKY.....	158	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	196
<i>pentazocine-naloxone hcl</i>	27	PIFELTRO.....	100	POTASSIUM PHOSPHATES.....	197
PENTIPS.....	191	<i>pilocarpine hcl</i>	205, 223	<i>potassium phosphates</i>	197
<i>pentobarbital sodium</i>	166	<i>pimecrolimus</i>	133	<i>potassium phosphates(66 meq k)</i>	198
<i>pentoxifylline er</i>	159	<i>pimozide</i>	239	POTASSIUM PHOSPHATES(71	
PEPCID.....	247	<i>pintrea</i>	113	MEQ K).....	198
PERFECT LANCETS 28G.....	183	<i>pindolol</i>	104	POTELIGEO.....	72
PERFECT LANCETS 30G.....	183	<i>pioglitazone hcl</i>	50	PRALUENT.....	59
PERFECT POINT SAFETY		<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	50	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	92
LANCETS.....	183	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	50	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	92
PERFOROMIST.....	33	PIP LANCETS 28G.....	183	PRAMOSONE.....	135
PERIDEX.....	204	PIP LANCETS 30G.....	183	PRAMOTIC.....	230
PERIKABIVEN.....	222	<i>pip pen needles 31g x 5mm</i>	191	<i>prasugrel hcl</i>	161
<i>perindopril erbumine</i>	61	<i>pip pen needles 32g x 4mm</i>	191	<i>pravastatin sodium</i>	58
<i>periogard</i>	204	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	234	PRAXBIND.....	51
PERJETA.....	74	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	88	<i>praziquantel</i>	29
<i>permethrin</i>	134	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	88	<i>prazosin hcl</i>	63
<i>perphenazine</i>	95	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	88	PRECEDEX.....	168
<i>perphenazine-amitriptyline</i>	239	<i>pirfenidone</i>	243	PRECISION SURE-DOSE SYRINGE.....	191
PERSERIS.....	93	<i>piroxicam</i>	20	PRED MILD.....	228
PERTZYE.....	137	PITOCIN.....	231	<i>prednisolone</i>	121
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y		PLASMA-LYTE A.....	197	<i>prednisolone acetate</i>	228
.....	252	PLEGRIDY.....	237	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	121
<i>pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y</i>	252	PLEGRIDY STARTER PACK.....	237	PREDNISOLONE SODIUM	
<i>pfizerpen</i>	233	<i>plenamine</i>	221	PHOSPHATE.....	228
PHARMACIST CHOICE LANCETS.....	183	PLENVU.....	168	<i>prednisone</i>	121
PHARMACY COUNTER LANCETS.....	183	<i>plerixafor</i>	162	PREDNISONE INTENSOL.....	121
PHEBURANE.....	146	PLUVICTO.....	82	PREFERRED PLUS INSULIN	
<i>phendimetrazine tartrate</i>	13	PNEUMOVAX 23.....	250	SYRINGE.....	191
PHENDIMETRAZINE TARTRATE		<i>pnv prenatal plus multivit+dha</i>	213	PREFERRED PLUS LANCETS	
ER.....	13	PNV TABS 20-1.....	213	COLORED.....	183
<i>phenelzine sulfate</i>	42	<i>pnv-dha</i>	215	PREFERRED PLUS LANCETS THIN	
PHENERGAN.....	56	PNV-DHA+DOCUSATE.....	215	.....	183
<i>phenobarbital</i>	166	PNV-OMEGA.....	213	PREFERRED PLUS UNIFINE	
<i>phenobarbital sodium</i>	166	<i>pnv-select</i>	213	PENTIPS.....	191
<i>phenoxybenzamine hcl</i>	61	<i>podofilox</i>	133	<i>pregabalin</i>	39
<i>phentermine hcl</i>	13	POLIVY.....	73	<i>pregabalin er</i>	239

PREGEN DHA.....	215	PRIMACARE.....	214	<i>propranolol hcl</i>	104
PREGENNA.....	213	PRIMADOPHILUS KIDS.....	50	<i>propranolol hcl er</i>	104
PREGNYL.....	145	PRIMAQUINE PHOSPHATE.....	68	<i>propylthiouracil</i>	244
PREHEVBRIO.....	252	PRIMAXIN IV.....	65	PROQUAD.....	250
PREMARIN.....	149, 254	<i>primidone</i>	39	PRO-RED AC.....	124
PREMASOL.....	221	PRIORIX.....	250	PROSCAR.....	153
PREMESISRX.....	216	PRISMASOL B22GK 4/0.....	200	PROSOL.....	221
PREMPHASE.....	148	PRISMASOL BGK 0/2.5.....	200	PROSTIN VR.....	203
PREMPRO.....	148	PRISMASOL BGK 2/0.....	200	<i>protamine sulfate</i>	161
PRENA1 PEARL.....	213	PRISMASOL BGK 2/3.5.....	200	PROTONIX.....	247
PRENAISSANCE.....	215	PRISMASOL BGK 4/0/1.2.....	200	PROTOPAM CHLORIDE.....	51
PRENAISSANCE PLUS.....	215	PRISMASOL BGK 4/2.5.....	200	<i>protriptyline hcl</i>	44
PRENATAL.....	213	PRISMASOL BK 0/0/1.2.....	200	PROVAYBLUE.....	51
PRENATAL (W/IRON & FA).....	213	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE.....	192	PROVERA.....	234
PRENATAL 19.....	213	.....	192	PROVIDA OB.....	214
<i>prenatal 19</i>	213	PRO COMFORT LANCETS 30G.....	183	PROVISC.....	229
PRENATAL COMPLETE.....	213	PRO COMFORT LANCETS 31G.....	183	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	123
PRENATAL FORTE.....	213	PRO COMFORT PEN NEEDLES.....	192	Pulmosal.....	123
PRENATAL MULTIVITAMIN +		<i>pro comfort safety lancets 30g</i>	183	PULMOZYME.....	243
DHA.....	215	PROAIR RESPICLICK.....	33	PURE COMFORT LANCETS 30G.....	183
PRENATAL ONE DAILY.....	213	<i>probenecid</i>	155	PURE COMFORT PEN NEEDLE.....	192
PRENATAL PLUS.....	213	<i>probioflexx</i>	50	<i>pure comfort safety pen needle</i>	192
PRENATAL PLUS		<i>procainamide hcl</i>	30	PURIXAN.....	71
VITAMIN/MINERAL.....	213	PROCARDIA XL.....	106, 107	PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES.....	192
PRENATAL VITAMIN AND		<i>procentra</i>	13	PX INSULIN SYRINGE.....	192
MINERAL.....	213	<i>prochlorperazine</i>	95	PX LANCETS MICROTHIN 33G.....	183
<i>prenatal vitamins</i>	213	<i>prochlorperazine edisylate</i>	95	PX LANCETS ULTRA THIN 28G.....	183
PRENATAL VITAMINS.....	213	<i>prochlorperazine maleate</i>	95	PX MINI PEN NEEDLES.....	192
PRENATAL/IRON.....	213	PROCRIT.....	162	PX PEN NEEDLE.....	192
PRENATAL-U.....	214	PROCTOCORT.....	28	PYLERA.....	248
PRENATE.....	215	PROCTOFOAM HC.....	28	<i>pyrazinamide</i>	69
PRENATE AM.....	216	<i>procto-med hc</i>	28	<i>pyridostigmine bromide</i>	68
PRENATE DHA.....	215	<i>proctosol hc</i>	28	<i>pyridostigmine bromide er</i>	68
PRENATE ELITE.....	214	<i>proctozone-hc</i>	28	<i>pyrimethamine</i>	68
PRENATE ENHANCE.....	215	PROCYSBI.....	154	PYRUKYND.....	161
PRENATE ESSENTIAL.....	215	PRODIGY INSULIN SYRINGE.....	192	PYRUKYND TAPER PACK.....	161
PRENATE MINI.....	215	PRODIGY LANCETS 28G.....	183	QBRELIS.....	61
PRENATE PIXIE.....	215	PRODIGY SAFETY LANCETS 26G.....	183	QBREXZA.....	133
PRENATE RESTORE.....	215	PRODIGY TWIST TOP LANCETS		<i>qc aspirin low dose</i>	22
PRENATRIX.....	214	28G.....	183	<i>qc b50 prolonged release</i>	208
PRENATRYL.....	214	PROFILNINE.....	157	<i>qc b-complex/vitamin c</i>	206
PREPIDIL.....	231	<i>progesterone</i>	234	<i>qc childrens aspirin</i>	22
PRESTALIA.....	59	PROGLYCEM.....	45	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	208
PRETOMANID.....	69	PROGRAF.....	202	<i>qc essentials</i>	210
<i>prevalite</i>	57	PROLASTIN-C.....	242	<i>qc folic acid</i>	163
PREVDUO.....	51	PROLEUKIN.....	83	<i>qc gentle laxative</i>	171
PREVENT DROPSAFE PEN		PROLIA.....	145	<i>qc gentle laxative womens</i>	171
NEEDLES.....	191	PROMACTA.....	164	<i>qc glycerin</i>	169
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES.....	192	<i>promethazine hcl</i>	56	QC LANCETS SUPER THIN 30G.....	183
PREVIDENT.....	205	<i>promethazine vc</i>	123	QC LANCETS ULTRA THIN.....	183
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS.....	205	<i>promethazine-codeine</i>	123	<i>qc laxative</i>	171
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH.....	205	<i>promethazine-dm</i>	123	<i>qc magnesium citrate</i>	170
PREVIDENT 5000 ENAMEL		<i>promethazine-phenylephrine</i>	123	<i>qc milk of magnesia</i>	170
PROTECT.....	204	<i>promethegan</i>	56, 57	<i>qc natura-lax</i>	169
PREVIDENT 5000 KIDS.....	205	<i>propafenone hcl</i>	31	<i>qc nicotine transdermal system</i>	241
PREVIDENT 5000 ORTHO		<i>propafenone hcl er</i>	31	QC PEN NEEDLES.....	192
DEFENSE.....	205	<i>proparacaine hcl</i>	226	QC PRENATAL.....	214
PREVIDENT 5000 PLUS.....	205	PROPECAIA.....	136	QC UNIFINE PENTIPS.....	192
PREVIDENT 5000 SENSITIVE.....	204	PROPEL.....	219	QC UNILET LANCETS 28G.....	183
PREVNAR 20.....	250	PROPEL MINI.....	219	QC UNILET LANCETS MICRO	
PREVYMIS.....	101	PROPEL MINI SDS.....	219	THIN.....	183
PREZISTA.....	99	<i>propofol</i>	153	QDOLO.....	25
PRIFTIN.....	69	<i>propofol-lipuro</i>	153	QINLOCK.....	79

QUADRACEL.....	246	<i>rasagiline mesylate</i>	91	<i>repaglinide</i>	48
QUALAQUIN.....	68	RASUVO.....	18	REPATHA.....	59
<i>quazepam</i>	167	RAVICTI.....	147	REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM.....	59
QUDEXY XR.....	39	<i>raya sure pen needle</i>	192	REPATHA SURECLICK.....	59
QUELICIN.....	219	RAYALDEE.....	143	RESTASIS.....	225
QUESTRAN.....	58	<i>react</i>	118	RESTASIS MULTIDOSE.....	225
QUESTRAN LIGHT.....	57	READYLANCE SAFETY LANCETS.....	183	RESTORIL.....	167
<i>quetiapine fumarate</i>	95	REALITY INSULIN SYRINGE.....	192	RETACRIT.....	162
<i>quetiapine fumarate er</i>	94	REALITY LANCETS.....	183	RETEVMO.....	80
QUFLORA FE.....	209	REALITY LATEX CONDOMS.....	174	RETHYMIC.....	199
QUFLORA FE PEDIATRIC.....	211	REALITY LATEX/ULTRA		RETISERT.....	228
QUFLORA PEDIATRIC.....	211	TEXTURED.....	174	RETROVIR.....	100
<i>quin b strong b-25</i>	208	REALITY LATEX/ULTRA THIN.....	174	REVCОВI.....	139
<i>quinapril hcl</i>	61	REALITY TRIGGER LANCETS.....	183	REVLIMID.....	201
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	60	REBIF.....	237	<i>revonto</i>	217
<i>quinidine gluconate er</i>	30	REBIF REBIDOSE.....	237	REXALL LANCETS ULTRA THIN	
<i>quinidine sulfate</i>	30	REBIF REBIDOSE TITRATION		30G.....	184
<i>quinine sulfate</i>	68	PACK.....	237	REXTOVY.....	52
QUINTABS.....	210	REBIF TITRATION PACK.....	237	REXULTI.....	96
QULIPTA.....	194	REBINYN.....	157	REYATAZ.....	99
QUVIVIQ.....	167	REBLOZYL.....	162	REZDIFFRA.....	150
QUZYTIR.....	56	REBYOTA.....	152	REZIPRES.....	255
QVAR REDHALER.....	34	RECARBRIO.....	65	REZLIDHIA.....	85
<i>ra aspirin adult low dose</i>	22	RECLAST.....	139	REZUROCK.....	203
<i>ra aspirin adult low strength</i>	22	<i>reclipsen</i>	116	REZZAYO.....	54
<i>ra aspirin childrens</i>	23	RECOMBINATE.....	157	RHOFADE.....	134
<i>ra aspirin ec</i>	23	RECOMBIVAX HB.....	252	RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS	
<i>ra aspirin ec adult low st</i>	23	RECOTHROM.....	165	.....	232
<i>ra balanced b-100</i>	208	RECOTHROM SPRAY KIT.....	165	RHOPHYLAC.....	232
<i>ra balanced b-100 cr</i>	208	RECTIV.....	28	RHOPRESSA.....	227
<i>ra balanced b-50</i>	208	REFRESH P.M.....	222	RIABNI.....	72
<i>ra balanced b-50 tr</i>	208	REGLAN.....	150	RIASTAP.....	157
<i>ra b-complex</i>	206	REGONOL.....	68	<i>ribavirin</i>	102, 103
<i>ra b-complex with b-12</i>	206	REGRANEX.....	136	RIDAURA.....	19
RA E-ZJECT LANCETS 28G.....	183	RELENZA DISKHALER.....	102	<i>rifabutin</i>	69
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G...183		RELEUKO.....	163	RIFADIN.....	69
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G...183		RELION INSULIN SYRINGE.....	192	<i>rifampin</i>	69
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA		RELION LANCETS MICRO-THIN		RIGHTEST GL300 LANCETS.....	184
THIN.....	183	33G.....	183	<i>riluzole</i>	219
<i>ra folic acid</i>	163	RELION LANCETS THIN 26G.....	183	<i>rimantadine hcl</i>	102
RA INSULIN SYRINGE.....	192	RELION LANCETS ULTRA-THIN		RIMSO-50.....	154
<i>ra laxative</i>	169, 171	30G.....	183	<i>ringers</i>	197
<i>ra magnesium citrate</i>	170	RELION MINI PEN NEEDLES.....	192	<i>ringers irrigation</i>	202
<i>ra milk of magnesia</i>	170	RELION PEN NEEDLES.....	192	RINVOQ.....	18
<i>ra mini nicotine</i>	241	RELION SHORT PEN NEEDLES.....	192	RINVOQ LQ.....	17
<i>ra nicotine</i>	241	RELION ULTRA THIN LANCETS		RIOMET.....	45
<i>ra nicotine gum</i>	241	30G.....	183	<i>risanoid plus</i>	216
<i>ra nicotine polacrilex</i>	241	RELION ULTRA THIN PLUS		<i>risedronate sodium</i>	140
RA PEN NEEDLES.....	192	LANCETS.....	184	<i>risperidone</i>	94
RA PRENATAL.....	214	RELISTOR.....	152	<i>risperidone microspheres er</i>	93
RA PRENATAL FORMULA.....	214	RELNATE DHA.....	214	<i>ritonavir</i>	99
<i>ra womens laxative</i>	171	RELYVRIO.....	219	RITUXAN.....	73
RABAVERT.....	252	REMERON.....	41	RITUXAN HYCELA.....	82
RADICAVA ORS.....	219	REMERON SOLTAB.....	41	<i>rivastigmine</i>	236
RADICAVA ORS STARTER KIT.....	219	REMESEN.....	175	<i>rivastigmine tartrate</i>	236
RADIOGARDASE.....	51	REMICADE.....	153	<i>rivelsa</i>	118
RAGWITEK.....	16	<i>remifentanil hcl</i>	25	RIVFLOZA.....	155
<i>raloxifene hcl</i>	146	REMODULIN.....	109	RIXUBIS.....	157
<i>ramelteon</i>	168	RENACIDIN.....	154	<i>rizatriptan benzoate</i>	195
<i>ramipril</i>	61	<i>renal vitamin</i>	206	ROBAXIN.....	217
<i>ranolazine er</i>	29	<i>rena-vite</i>	206	ROBINUL.....	248
RAPAMUNE.....	202	RENOVA.....	125	ROBINUL-FORTE.....	248
RAPIVAB.....	102	RENOVA PUMP.....	125	ROCKLATAN.....	226

<i>rocuronium bromide</i>	220	<i>sb low dose asa ec</i>	23	<i>sm aspirin ec low strength</i>	23
<i>roflumilast</i>	34	<i>sb magnesium citrate</i>	170	<i>sm aspirin low dose</i>	23
ROLVEDON.....	163	<i>sb milk of magnesia</i>	170	<i>sm b super vitamin complex</i>	206
<i>romidepsin</i>	77	<i>sb polyethylene glycol 3350</i>	169	<i>sm b100 complex</i>	208
<i>ropinirole hcl</i>	92	SCENESSE.....	133	<i>sm balanced b-100</i>	207
<i>ropinirole hcl er</i>	92	<i>scopolamine</i>	53	<i>sm balanced b-50</i>	207
<i>ropivacaine hcl</i>	172	SECUADO.....	94	<i>sm b-complex</i>	208
<i>rosuvastatin calcium</i>	58	SECURESAFE INSULIN SYRINGE.....	192	SM B-COMPLEX/VITAMIN C.....	206
ROTARIX.....	252	SECURESAFE SAFETY PEN		<i>sm childrens aspirin</i>	23
ROTATEQ.....	252	NEEDLES.....	192	<i>sm clearlax</i>	169
ROWASA.....	151	SELECT-OB.....	214	<i>sm folic acid</i>	163
<i>roweepira</i>	39	SELECT-OB+DHA.....	215	<i>sm gentle laxative</i>	171
ROXICODONE.....	25	<i>selegiline hcl</i>	91	SM LANCETS 33G.....	184
ROXYBOND.....	26	SELENIOUS ACID.....	199	<i>sm milk of magnesia</i>	170
ROZLYTREK.....	80	<i>selenium sulfide</i>	128	<i>sm multiple vitamins essential</i>	210
RUBRACA.....	88	SELZENTRY.....	98	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	208
RUCONEST.....	158	SE-NATAL 19.....	214	<i>sm nicotine</i>	241
<i>rufinamide</i>	39	<i>sensorcaine</i>	172	<i>sm nicotine polacrilex</i>	241
RUKOBIA.....	98	<i>sensorcaine/epinephrine</i>	172	SM ONE DAILY PRENATAL.....	214
RUXIENCE.....	73	<i>sensorcaine-mpf</i>	172	SM PRENATAL VITAMINS.....	214
RYANODEX.....	217	<i>sensorcaine-mpf/epinephrine</i>	172	<i>sm super b complex/c</i>	207
RYBELSUS.....	48	SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE		<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	207
RYBREVANT.....	80	.....	172	SMART SENSE COLOR LANCETS	
RYDAPT.....	79	SEREVENT DISKUS.....	33	33G.....	184
RYDEX.....	124	SEROSTIM.....	142	SMART SENSE STANDARD	
RYLAZE.....	82	<i>sertraline hcl</i>	43	LANCETS.....	184
RYPLAZIM.....	160	<i>setlakin</i>	118	SMART SENSE SUPER THIN	
RYSTIGGO.....	203	<i>sevelamer carbonate</i>	152	LANCETS.....	184
RYTARY.....	91, 92	<i>sevelamer hcl</i>	152	SMART SENSE THIN LANCETS	
RYTELO.....	88	SEVENFACT.....	157	26G.....	184
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE		<i>sevoflurane</i>	153	SMARTEST LANCETS 28G.....	184
ACT.....	184	SEZABY.....	166	SMOFLIPID.....	222
SAFETY LANCETS.....	184	<i>sf</i>	205	<i>smooth lax</i>	169
SAFETY LANCETS 21G.....	184	<i>sf 5000 plus</i>	205	<i>sod benz-sod phenylacet</i>	147
SAFETY LANCETS 23G.....	184	SFROWASA.....	151	SODIUM ACETATE.....	195
SAFETY LANCETS 28G.....	184	<i>sharobel</i>	119	<i>sodium acetate</i>	195
<i>safety pen needles</i>	192	SHINGRIX.....	252	<i>sodium bicarbonate</i>	195
SAFYRAL.....	116	SIGNIFOR.....	146	<i>sodium chloride</i>	123, 154, 198
<i>sajazir</i>	158	SIGNIFOR LAR.....	146	<i>sodium chloride (pf)</i>	198
SALAGEN.....	206	SIKLOS.....	162	<i>sodium chloride flush</i>	198
SANCUSO.....	53	<i>sildenafil citrate</i>	110	<i>sodium fluoride</i>	197, 205
SANDIMMUNE.....	200	<i>silodosin</i>	154	<i>sodium fluoride 5000 enamel</i>	204
SANDOSTATIN.....	146	SILVADENE.....	129	<i>sodium fluoride 5000 plus</i>	205
SANDOSTATIN LAR DEPOT.....	146	<i>silver sulfadiazine</i>	129	<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	205
SANTYL.....	131	SIMBRINZA.....	222	<i>sodium fluoride 5000 sensitive</i>	205
SAPHNELO.....	204	<i>simliya</i>	113	SODIUM IODIDE I-131.....	244
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	145	<i>simpesse</i>	118	SODIUM NITRITE.....	51
<i>saps health plus lancets</i>	184	SIMPONI.....	18	<i>sodium nitroprusside</i>	64
SAPS HEALTH TWIST TOP		SIMPONI ARIA.....	18	<i>sodium oxybate</i>	235
LANCETS.....	184	SIMULECT.....	202	<i>sodium phenylbutyrate</i>	147
SAPS TWIST TOP LANCETS.....	184	<i>simvastatin</i>	58	<i>sodium phosphates</i>	198
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS.....	184	SINEMET.....	92	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	203
SARCLISA.....	73	SINGLE-LET.....	184	<i>sodium tetradecyl sulfate</i>	203
SAVELLA.....	236	<i>sirolimus</i>	202	SODIUM THIOSULFATE.....	51
SAVELLA TITRATION PACK.....	236	SIRTURO.....	69	SOHONOS.....	217
<i>saw palmetto berries</i>	17	SIVEXTRO.....	67	SOLESTA.....	201
SAXENDA.....	14	SKYCLARYS.....	220	<i>solifenacin succinate</i>	249
<i>sb bisacodyl laxative ec</i>	171	SKYLA.....	119	SOLIQUA.....	48
<i>sb childrens aspirin</i>	23	SKYRIZI.....	127, 151	SOLIRIS.....	158
<i>sb gentle lax-women</i>	171	SKYRIZI PEN.....	127	SOLOSEC.....	17
SB INSULIN SYRINGE.....	192	SKYTROFA.....	142	SOLTAMOX.....	70
SB LANCETS THIN.....	184	SLYND.....	119	SOLU-CORTEF.....	121
SB LANCETS ULTRA THIN.....	184	<i>sm aspirin adult low strength</i>	23	SOLU-MEDROL.....	121

SOLU-MEDROL (PF).....	121	<i>sulconazole nitrate</i>	132	SYNOJOYNT.....	218
SOLUS V2 LANCETS 28G.....	184	<i>sulfacetamide sodium</i>	228	SYNTHROID.....	245
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G.....	184	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	124	SYNVISC.....	218
SOMATULINE DEPOT.....	146	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	227	SYNVISC ONE.....	218
SOMAVERT.....	141	<i>sulfadiazine</i>	243	SYRINGE AVITENE.....	166
SOOLANTRA.....	134	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	64	<i>tab-a-vite</i>	210
<i>sorafenib tosylate</i>	79	SULFAMYLLON.....	129	<i>tab-a-vite/beta carotene</i>	210
SORBITOL.....	154	<i>sulfasalazine</i>	151	<i>tab-a-vite/iron</i>	209
SORBITOL-MANNITOL.....	154	<i>sulfatrim pediatric</i>	64	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
SOTALOL HCL.....	104	<i>sulindac</i>	20	CAROTENE.....	209
<i>sotalol hcl</i>	104	<i>sumatriptan</i>	195	TABLOID.....	71
<i>sotalol hcl (af)</i>	104	<i>sumatriptan succinate</i>	195	TABRECTA.....	78
SOTRADECOL.....	204	<i>sumatriptan succinate refill</i>	195	TACHOSIL.....	166
<i>sotradecol</i>	204	<i>sunitinib malate</i>	79	TACLONEX.....	136
SOTYLIZE.....	104	SUNLENCA.....	98	<i>tacrolimus</i>	133, 202
SPEVIGO.....	127	SUNOSI.....	14	<i>tadalafil</i>	110
SPIKEVAX.....	252	SUPARTZ FX.....	218	<i>tadalafil (pah)</i>	110
<i>spinosad</i>	134	<i>super b complex/fa/vit c</i>	206	TADLIQ.....	110
SPIRIVA HANDIHALER.....	33	<i>super b complex/vitamin c</i>	207	TAFINLAR.....	75
SPIRIVA RESPIMAT.....	33	<i>super b-complex</i>	208	<i>tafluprost (pf)</i>	229
<i>spironolactone</i>	138	<i>super b-complex + vitamin c</i>	207	TAGRISSE.....	76
<i>spironolactone-hctz</i>	138	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	207	<i>take action</i>	118
SPORANOX.....	55	<i>super dec b-100</i>	208	TAKHZYRO.....	160
SPRAVATO (56 MG DOSE).....	42	<i>super quints b-50</i>	208	TALICIA.....	248
SPRAVATO (84 MG DOSE).....	42	SUPER THIN LANCETS.....	184	TALTZ.....	128
<i>sprintec 28</i>	116	SUPPRELIN LA.....	143	TALVEY.....	75
SPRITAM.....	39	SUPRANE.....	153	TALZENNA.....	88
SPRYCEL.....	75	SURE COMFORT INSULIN		TAMIFLU.....	102, 103
<i>sps (sodium polystyrene sulf)</i>	203	SYRINGE.....	192	<i>tamoxifen citrate</i>	70
<i>sronyx</i>	116	SURE COMFORT LANCETS 18G.....	184	<i>tamsulosin hcl</i>	154
<i>ssd</i>	129	SURE COMFORT LANCETS 21G.....	184	<i>taperdex 12-day</i>	122
<i>st joseph aspirin</i>	23	SURE COMFORT LANCETS 23G.....	184	<i>taperdex 6-day</i>	122
<i>st joseph low dose</i>	23	SURE COMFORT LANCETS 28G.....	184	<i>taperdex 7-day</i>	122
STAMARIL.....	252	SURE COMFORT LANCETS 30G.....	184	<i>targadox</i>	244
STELARA.....	127, 128, 152	SURE COMFORT PEN NEEDLES.....	192	TARGRETIN.....	136
STERILANCE TL.....	184	<i>sure comfort pen needles</i>	192	<i>tarina 24 fe</i>	116
<i>sterile water for irrigation</i>	202	<i>surebiotic probiotic support</i>	50	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	116
STIOLTO RESPIMAT.....	32	SURELITE LANCETS.....	184	TARON-C DHA.....	214
STIVARGA.....	79	SURGICEL FIBRILLAR.....	166	TARPEYO.....	122
STRAVIX.....	135	SURGICEL NU-KNIT.....	166	TASIGNA.....	75
STRENSIQ.....	143	SURGICEL SNOW 1"X2".....	166	<i>tasimelteon</i>	168
<i>streptomycin sulfate</i>	17	SURGICEL SNOW 2"X4".....	166	TASMAR.....	91
<i>stress b complex/iron</i>	208	SURGICEL SNOW 4"X4".....	166	<i>tavaborole</i>	133
<i>stress formula</i>	210	SUSTOL.....	53	TAVALISSE.....	161
<i>stress formula (folic acid)</i>	206	SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL).....	230	TAVNEOS.....	159
<i>stress formula/iron</i>	209	SUSVIMO (IMPLANT REFILL).....	230	<i>taysofy</i>	116
<i>stress formula/zinc/energy</i>	210	SUTAB.....	168	TAYTULLA.....	116
<i>stresstabs energy</i>	210	SUTENT.....	79	<i>tarazotene</i>	128
STRIBILD.....	98	<i>syeda</i>	116	<i>tazicef</i>	112, 113
STRIVERDI RESPIMAT.....	33	SYFOVRE.....	225	TAZICEF.....	113
STROMECTOL.....	29	SYLVANT.....	202	TAZORAC.....	128
STRONTIUM CHLORIDE SR-89.....	82	SYMBYAX.....	242	TAZVERIK.....	78
SUBLOCADE.....	27	SYMDEKO.....	243	TDVAX.....	246
<i>subvenite</i>	39	SYMLINPEN 120.....	45	TECENTRIQ.....	74
<i>subvenite starter kit-blue</i>	39	SYMLINPEN 60.....	45	TECENTRIQ HYBREZA.....	82
<i>subvenite starter kit-green</i>	39	SYMPAZAN.....	37	TECHLITE AST LANCETS.....	184
<i>subvenite starter kit-orange</i>	39	SYMPROIC.....	152	TECHLITE INSULIN SYRINGE.....	192
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE.....	219	SYMPTUZA.....	98	TECHLITE LANCETS.....	184
SUCRAID.....	137	SYNAGIS.....	231	TECHLITE LANCETS 26G.....	184
<i>sucrafate</i>	247	SYNAREL.....	143	TECHLITE PEN NEEDLES.....	192
SUFENTANIL CITRATE.....	26	SYNDROS.....	53	TECHLITE PLUS PEN NEEDLES.....	192
<i>sugammadex sodium</i>	52	SYNJARDY.....	49	TECNU RASH RELIEF.....	126
SULAR.....	107	SYNJARDY XR.....	49	TECVAYLI.....	75

TEFLARO.....	113	THROMBI-GEL 100.....	164	TOPCARE LANCETS MICRO-THIN	
TEGLUTIK.....	219	THROMBI-GEL 40.....	165	33G.....	185
TEGSEDI.....	235	THROMBIN-JMI.....	166	TOPCARE ULTRA COMFORT INS	
<i>telmisartan</i>	62	THROMBIN-JMI EPISTAXIS.....	166	SYR.....	193
<i>telmisartan-amlodipine</i>	61	THROMBI-PAD.....	165	<i>topiramate</i>	40
<i>telmisartan-hctz</i>	62	THROMBOGEN.....	166	<i>topiramate er</i>	39, 40
<i>temazepam</i>	167	THYMOGLOBULIN.....	201	TOPOTECAN HCL.....	89
TEMBEXA.....	102	THYQUIDITY.....	245	<i>topotecan hcl</i>	89
TEMODAR.....	85	<i>thyroid</i>	245	<i>toremifene citrate</i>	70
<i>temozolomide</i>	85	<i>tiadylt er</i>	107	TORISEL.....	78
<i>temsirolimus</i>	78	<i>tiagabine hcl</i>	40	Torpenz.....	79
<i>tencon</i>	21	TIAZAC.....	107	<i>torse mide</i>	138
TENIVAC.....	246	TIBSOVO.....	85	TOTALVISC.....	229
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	100	TICE BCG.....	83	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	47
TENORETIC 100.....	63	TICOVAC.....	252	TOUJEO SOLOSTAR.....	47
TENORETIC 50.....	63	TIGAN.....	53	<i>tovet</i>	131
TEPADINA.....	69	TIGECYCLINE.....	244	TPN ELECTROLYTES.....	197
TEPEZZA.....	143	<i>tilia fe</i>	120	TPOXX.....	102
TEPMETKO.....	78	<i>timolol maleate</i>	104, 223	TRACLEER.....	110
<i>terazosin hcl</i>	63	<i>timolol maleate (once-daily)</i>	222	TRALEMENT.....	199
<i>terbinafine hcl</i>	55	<i>timolol maleate ocudose</i>	223	TRAMADOL HCL.....	26
<i>terbutaline sulfate</i>	33	<i>timolol maleate pf</i>	223	<i>tramadol hcl</i>	26
<i>terconazole</i>	253	TIMOPTIC OCUDOSE.....	223	<i>tramadol hcl (er biphasic)</i>	26
<i>teriflunomide</i>	236	<i>tinidazole</i>	64	<i>tramadol hcl er</i>	26
<i>teriparatide</i>	145	<i>tiopronin</i>	155	<i>tramadol-acetaminophen</i>	27
TERIPARATIDE.....	145	<i>tiotropium bromide monohydrate</i>	33	<i>trandolapril</i>	61
TERLIVAZ.....	147	<i>tirofiban hcl in nacl</i>	159	<i>trandolapril-verapamil hcl er</i>	59
<i>terrell</i>	153	TIROSINT.....	245	<i>tranexamic acid</i>	165
TESTOPEL.....	27	TIROSINT-SOL.....	245	TRANEXAMIC ACID-NACL.....	165
<i>testosterone</i>	27, 28	TISSEEL.....	165	<i>tranlycypromine sulfate</i>	42
<i>testosterone cypionate</i>	27	TISSUEBLUE.....	229	TRAVASOL.....	221
<i>testosterone enanthate</i>	27	<i>tis-u-sol</i>	202	TRAVEL LANCETS ADVANCED	
TETANUS-DIPHThERIA TOXOIDS		TIVDAK.....	74	28G.....	185
TD.....	246	TIVICAY.....	99	<i>travoprost (bak free)</i>	229
<i>tetrabenazine</i>	236	TIVICAY PD.....	99	TRAZIMERA.....	74
<i>tetracaine hcl</i>	226	<i>tizanidine hcl</i>	217	<i>trazodone hcl</i>	43
<i>tetracycline hcl</i>	244	<i>tm-daily vite</i>	210	TREANDA.....	69
TEVIMBRA.....	74	TNKASE.....	161	TRECTOR.....	69
TEZSPIRE.....	35	TOBI PODHALER.....	17	TRELEGY ELLIPTA.....	32
TGT LANCET MICRO THIN 33G.....	184	TOBRADEX.....	227	TRELSTAR MIXJECT.....	86
TGT LANCET THIN 26G.....	185	TOBRADEX ST.....	227	TREMFYA.....	128
TGT LANCET ULTRA THIN 30G.....	185	<i>tobramycin</i>	17, 224	<i>treprostinil</i>	109
THALITONE.....	139	<i>tobramycin sulfate</i>	17	TRESIBA.....	47
THALOMID.....	199	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	227	TRESIBA FLEXTOUCH.....	47
THAM.....	195	TOBREX.....	224	<i>tretinoin</i>	88, 125
THE LIQUILIFT TRACE.....	199	TODAY SPONGE.....	253	<i>tretinoin microsphere</i>	125
THEO-24.....	35	TODAYS HEALTH PEN NEEDLES.....	192	<i>tretinoin microsphere pump</i>	125
<i>theophylline</i>	35	TODAYS HEALTH SHORT PEN		TRETTEN.....	158
<i>theophylline er</i>	35	NEEDLE.....	193	TREXALL.....	71
THERA.....	210	TODAYS HEALTH THIN LANCETS		<i>trezix</i>	23
<i>thera-tabs</i>	210	28G.....	185	<i>triamcinolone acetonide</i>	131, 206
THERATEARS STERILID		TODAYS HEALTH THIN LANCETS		<i>triamcinolone in absorbbase</i>	131
CLEANSER.....	131	30G.....	185	<i>triamterene</i>	138
<i>thera-vite max-m</i>	209	TOLAK.....	127	<i>triamterene-hctz</i>	138
THEREMS.....	210	<i>tolcapone</i>	91	<i>triazolam</i>	167
<i>thiamine hcl</i>	255	<i>tolmetin sodium</i>	20	TRICARE.....	214
<i>thioridazine hcl</i>	95	TOLSURA.....	55	TRICOR.....	58
<i>thiotepa</i>	69	<i>tolterodine tartrate</i>	249	Tridacaine Ii.....	133
<i>thiothixene</i>	97	<i>tolterodine tartrate er</i>	249	Tridacaine Iii.....	133
<i>thrive</i>	241	<i>tolvaptan</i>	146	<i>triderm</i>	131
THRIVITE RX.....	214	TOPCARE CLICKFINE PEN		<i>trientine hcl</i>	200
THROMBATE III.....	160	NEEDLES.....	193	TRIESENCE.....	228
THROMBI-GEL 10.....	164			<i>tri-estarylla</i>	120

<i>trifluoperazine hcl</i>	96	TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G	ULTIGUARD SAFEPACK PEN
<i>trifluridine</i>	225	.....	NEEDLE.....
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	90	TRULICITY.....	193
TRIJARDY XR.....	48	TRUMENBA.....	ULTIGUARD SAFEPACK
TRIKAFTA.....	243	TRUQAP.....	193
<i>tri-legest fe</i>	120	TRUSKIN.....	SYR/NEEDLE.....
<i>tri-linyah</i>	120	TRUSTEX COLOR CONDOMS +	ULTILET CLASSIC LANCETS.....
<i>tri-lo-estarylla</i>	120	LUBE.....	185
<i>tri-lo-marzia</i>	120	TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED	ULTILET LANCETS.....
<i>tri-lo-mili</i>	120	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX	ULTILET PEN NEEDLE.....
<i>tri-lo-sprintec</i>	120	ST.....	193
TRI-LUMA.....	131	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL.....	ULTILET SAFETY LANCETS.....
TRILURON.....	218	TRUSTEX LUBRICATED.....	185
<i>trimethobenzamide hcl</i>	53	TRUSTEX LUBRICATED EX	ULTILET SAFETY LANCETS 23G.....
TRIMETHOPRIM.....	64	LARGE.....	26
<i>tri-mili</i>	120	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	ULTOMIRIS.....
<i>trimipramine maleate</i>	44	ST.....	158
TRINATAL RX 1.....	214	TRUSTEX	ultra b-100 complex
<i>trinate</i>	214	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	216
TRINTELLIX.....	43	TRUSTEX NATURAL CONDOMS +	ULTRA COMFORT INSULIN
TRIPTODUR.....	143	LUBE.....	SYRINGE.....
TRISENOX.....	83	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	193
<i>tri-sprintec</i>	120	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	ULTRA FLO INSULIN PEN
TRISTART DHA.....	215	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	NEEDLES.....
TRIUMEQ.....	98	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	193
TRIUMEQ PD.....	98	TRUSTEX-NONOXYNOL-	ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2
TRI-VI-FLOR.....	211	9/RIB/STUD.....	UNIT.....
TRI-VI-FLORO.....	211	TRUXIMA.....	193
<i>tri-vite/fluoride</i>	211	TUKYSA.....	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE.....
<i>trivora (28)</i>	120	TURALIO.....	185
<i>tri-vylibra</i>	120	TURPENTINE.....	ULTRA THIN LANCETS 31G.....
<i>tri-vylibra lo</i>	120	Turqoz.....	193
TRODELVY.....	89	TUSNEL C.....	ULTRA THIN PEN NEEDLES.....
TROGARZO.....	98	TUXARIN ER.....	193
TROPHAMINE.....	221	TWINRIX.....	ULTRACARE INSULIN SYRINGE..
<i>tropicamide</i>	223	TWIRLA.....	185
<i>trospium chloride</i>	249	twist top lancets 30g	193
<i>trospium chloride er</i>	249	TYBLUME.....	ULTRA-CARE LANCETS 30G.....
<i>true comfort insulin syringe</i>	193	TYBOST.....	193
TRUE COMFORT INSULIN		tydemy	ULTRACARE PEN NEEDLES.....
SYRINGE.....	193	TYGACIL.....	193
TRUE COMFORT PEN NEEDLES.....	193	TYMLOS.....	ULTRA-THIN II AUTO LANCET....
TRUE COMFORT PRO INSULIN		TYPHIM VI.....	185
SYR.....	193	TYSABRI.....	ULTRA-THIN II INS SYR SHORT... 193
TRUE COMFORT PRO PEN		TYVASO.....	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE
NEEDLES.....	193	TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT	.....
<i>true comfort safety lancets</i>	185	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT	193
TRUE COMFORT TWIST TOP		TYVASO DPI TITRATION KIT.....	185
LANCETS.....	185	TYVASO REFILL KIT.....	193
<i>true cover</i>	174	TYVASO STARTER KIT.....	109
<i>true daily vite</i>	210	TZIELD.....	45
<i>true folic acid</i>	163	UBRELVY.....	194
<i>true laxative</i>	169	UCERIS.....	122
<i>true multivitamin</i>	210	UDENYCA.....	164
<i>true vitamin d3</i>	255	UDENYCA ONBODY.....	163
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN		ULTANE.....	153
NEEDLES.....	193	ULTICARE INSULIN SAFETY SYR	193
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE.....	193	ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT	193
TRUEPLUS LANCETS 26G.....	185	ULTICARE INSULIN SYRINGE.....	193
TRUEPLUS LANCETS 28G.....	185	ULTICARE MICRO PEN NEEDLES..	193
TRUEPLUS LANCETS 30G.....	185	ULTICARE MINI PEN NEEDLES....	193
TRUEPLUS LANCETS 33G.....	185	ULTICARE PEN NEEDLES.....	193
TRUEPLUS PEN NEEDLES.....	193	ULTICARE SHORT PEN NEEDLES..	193

UNISTIK PRO SAFETY LANCET	185	<i>varenicline tartrate</i>	241	<i>vestura</i>	116
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G ...	186	<i>varenicline tartrate (starter)</i>	241	VFEND	55
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G ...	186	<i>varenicline tartrate(continue)</i>	241	VIBATIV	66
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VARITHENA	204	VIBERZI	150
21G	186	VARIVAX	252	VICTOZA	48
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VARIZIG	232	VIDAZA	71
23G	186	VARUBI (180 MG DOSE)	54	<i>vienna</i>	116
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		VASCEPA	57	<i>vigabatrín</i>	40
28G	186	VASERETIC	60	<i>vigadrone</i>	40
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC		<i>vasopressin</i>	147	Vigadrone	40
30G	186	<i>vasopressin +rfid</i>	147	VIGAFYDE	40
<i>unithroid</i>	245	<i>vasopressin-sodium chloride</i>	147	VIGAMOX	224
UNITUXIN	73	VASOSTRICT	147	Vigpoder	40
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G		VAXCHORA	250	VIJOICE	203
.....	186	VAXELIS	246	<i>vilazodone hcl</i>	43
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G		VAXNEUVANCE	250	VILTEPSO	220
.....	186	VAZCULEP	255	VIMIZIM	144
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA		VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE	253	VINATE DHA RF	214
THIN	186	VECAMYL	63	<i>vinblastine sulfate</i>	87
UPLIZNA	202	VECTIBIX	76	<i>vincristine sulfate</i>	87
UPNEEQ	229	<i>vecuronium bromide</i>	220	<i>vinorelbine tartrate</i>	87
UPTRAVI	110	VELCADE	80	VIOKACE	137
UPTRAVI TITRATION	110	VELETRI	110	<i>viorele</i>	113
UROCIT-K 10	154	<i>velivet</i>	120	VIRACEPT	99
UROCIT-K 15	154	VELPHORO	152	VIRAZOLE	103
URSO FORTE	149	VELTASSA	203	VIREAD	100
<i>ursodiol</i>	150	VEMLIDY	101	VISCOAT	228
UVADEX	83	VENCLEXTA	74	VISIONBLUE	229
VABOMERE	65	VENCLEXTA STARTING PACK	75	VISTOGARD	52
VABYSMO	223	VENIPUNCTURE PX1		VISUDYNE	227
<i>valacyclovir hcl</i>	102	PHLEBOTOMY	136	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	211
VALCHLOR	126	<i>venlafaxine hcl</i>	43	VITAFOL FE+	215
VALCYTE	101	<i>venlafaxine hcl er</i>	43	VITAFOL GUMMIES	214
<i>valganciclovir hcl</i>	101	VENOFER	164	VITAFOL STRIPS	216
<i>valproate sodium</i>	41	VENTAVIS	110	VITAFOL ULTRA	215
<i>valproic acid</i>	41	VEOPOZ	158	VITAFOL-OB	214
<i>valrubicin</i>	81	VEOZAH	144	VITAFOL-OB+DHA	215
<i>valsartan</i>	62	<i>verapamil hcl</i>	107	VITAFOL-ONE	215
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	62	<i>verapamil hcl er</i>	107	<i>vitalee</i>	211
VALSTAR	81	VEREGEN	125	VITALIPID N INFANT	212
VALTOCO 10 MG DOSE	37	VERELAN	107	VITAMEDMD ONE	
VALTOCO 15 MG DOSE	37	VERELAN PM	107, 108	RX/QUATREFOLIC	215
VALTOCO 20 MG DOSE	37	VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE ..	194	<i>vitamin b complex</i>	206
VALTOCO 5 MG DOSE	37	VERIFINE INSULIN SYRINGE	194	<i>vitamin b complex w/b-12</i>	206
VALUE HEALTH INSULIN		VERIFINE PLUS PEN NEEDLE	194	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	255
SYRINGE	194	VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G		<i>vitamin k1</i>	255
VALUE PLUS LANCET		.....	186	<i>vitamin-b complex</i>	206
STANDARD 21G	186	VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G		<i>vitamins acd-fluoride</i>	211
VALUE PLUS LANCETS SUPER		.....	186	VITAPEARL	214
THIN	186	VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G		VITATHELY WITH GINGER	214
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G	186	.....	186	VITATRUE	215
VANCOCIN	65	VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G		<i>vitex fruit</i>	16
VANCOMYCIN HCL	66	.....	186	VITLIPID N ADULT	211
<i>vancomycin hcl</i>	66	VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		VITLIPID N INFANT	212
<i>vancomycin hcl in dextrose</i>	65	28G	186	VITRAKVI	80, 81
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE		VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		VIVA DHA	214
.....	65, 66	30G	186	VIVAGUARD LANCETS	186
VANCOMYCIN HCL IN NACL	66	VERIFINE UNIVERSAL LANCETS		VIVAGUARD LANCETS 30G	186
VANDAZOLE	253	33G	186	VIVAGUARD SAFETY LANCETS	
VANFLYTA	79	VERKAZIA	225	28G	186
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	194	VERQUVO	111	<i>vivimusta</i>	69
VAQTA	252	VERSACLOZ	94	VIVITROL	52
<i>varденаfil hcl</i>	110	VERZENIO	84	VIVJOA	55

VIVOTIF.....	250	<i>wymzya fe</i>	116	YOSPRALA.....	160
VIZIMPRO.....	76	XACDURO.....	65	YUPELRI.....	33
<i>volnea</i>	113	XACIATO.....	253	YUTIQ.....	228
VONJO.....	85	XADAGO.....	91	<i>yuvafem</i>	254
VONVENDI.....	158	XALKORI.....	72	<i>zafemy</i>	117
VORANIGO.....	85	XARACOLL.....	172	<i>zafirlukast</i>	34
VORAXAZE.....	83	XARELTO.....	35	<i>zaleplon</i>	167
<i>voriconazole</i>	55, 56	XARELTO STARTER PACK.....	35	ZALTRAP.....	90
VOSEVI.....	101	XATMEP.....	71	ZALVIT.....	214
VOWST.....	152	XCOPRI.....	40	ZANAFLEX.....	217
VOXZOGO.....	144	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE).....	40	ZANOSAR.....	87
VOYDEYA.....	159	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE).....	40	ZARXIO.....	164
VP INSULIN SYRINGE.....	194	XDEMVY.....	225	ZEGALOGUE.....	45
VPRIV.....	162	XELJANZ.....	18	ZEJULA.....	88
VRAYLAR.....	93	XELJANZ XR.....	18	ZELAPAR.....	91
VUMERITY.....	238	XELPROS.....	229	ZELBORAF.....	76
VUSION.....	126	XEMBIFY.....	232	ZEMAIRA.....	242
<i>vyfemla</i>	116	XENPOZYME.....	139	ZEMDRI.....	17
VYLEESI.....	236	XEOMIN.....	220	ZEMPLAR.....	143
<i>vylibra</i>	116	XERAVA.....	244	<i>zenatane</i>	125
VYNDAMAX.....	111	XERESE.....	128	ZENPEP.....	137
VYNDAQEL.....	111	XERMELLO.....	152	<i>zenzedi</i>	13
VYONDYS 53.....	220	XGEVA.....	145	ZEPBOUND.....	13
VYVANSE.....	13	XIAFLEX.....	200	ZEPOSIA.....	242
VYVGART.....	203	XIFAXAN.....	64	ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK..	242
VYVGART HYTRULO.....	201	XIGDUO XR.....	49	ZEPOSIA STARTER KIT.....	242
VYXEOS.....	82	XIIDRA.....	223	ZEPZELCA.....	69
VYZULTA.....	229	XIPERE.....	228	ZERBAXA.....	111
WAINUA.....	235	XOFIGO.....	82	ZESTORETIC.....	60
WAKIX.....	14	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	103	ZEVALIN Y-90.....	82
WALGREENS LANCETS.....	186	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	103	ZEVRX INSULIN SYRINGE.....	194
WALGREENS LANCETS MICRO		XOLAIR.....	32	ZEVRX PEN NEEDLES.....	194
THIN.....	186	XOLREMDI.....	162	ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	186
WALGREENS LANCETS SUPER		XOSPATA.....	79	ZIAGEN.....	100
THIN.....	186	XPHOZAH.....	140	<i>zidovudine</i>	100
WALGREENS THIN LANCETS.....	186	XPROVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..	81	ZILBRYSQ.....	159
WALGREENS ULTRA THIN		XPROVIO (40 MG ONCE WEEKLY)....	81	ZILRETTA.....	122
LANCETS.....	186	XPROVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..	81	ZILXI.....	134
<i>warfarin sodium</i>	35	XPROVIO (60 MG ONCE WEEKLY)....	81	ZIMHI.....	52
<i>water for irrigation, sterile</i>	202	XPROVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..	81	<i>zinc chloride</i>	199
WEGMANS UNIFINE PENTIPS		XPROVIO (80 MG ONCE WEEKLY)....	81	<i>zinc sulfate</i>	199
PLUS.....	194	XPROVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..	81	ZINPLAVA.....	231
WEGOVI.....	14	XTANDI.....	70	ZIOPTAN.....	229
WELIREG.....	77	<i>xulane</i>	117	ZIPHEX.....	214
<i>wera</i>	116	XULTOPHY.....	48	<i>ziprasidone hcl</i>	93
<i>wesnatal dha complete</i>	215	XURIDEN.....	142	<i>ziprasidone mesylate</i>	93
<i>wes-phos 250 neutral</i>	198	XYLOCAINE.....	172	ZIRGAN.....	225
WESTAB PLUS.....	214	XYLOCAINE/EPINEPHRINE.....	172	ZITHROMAX.....	173
WESTGEL DHA.....	215	XYLOCAINE-MPF.....	172	ZITHROMAX TRI-PAK.....	173
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60.....	176	XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE..	172	ZITHROMAX Z-PAK.....	173
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65.....	176	XYNTHA.....	158	ZOKINVY.....	200
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70.....	176	XYNTHA SOLOFUSE.....	158	ZOLADEX.....	86
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75.....	176	XYOSTED.....	28	<i>zoledronic acid</i>	140
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80.....	176	XYREM.....	235	ZOLEDRONIC ACID.....	140
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85.....	176	Yargesa.....	162	ZOLINZA.....	77
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90.....	176	YASMIN 28.....	117	<i>zolmitriptan</i>	195
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95.....	176	YAZ.....	117	<i>zolpidem tartrate</i>	167
WILATE.....	158	YCANTH.....	133	<i>zolpidem tartrate er</i>	167
WINREVAIR.....	110	YERVOY.....	73	<i>zonisamide</i>	40
WINRHO SDF.....	232	YF-VAX.....	252	ZONTIVITY.....	161
<i>wixela inhub</i>	32	<i>yl balanced b-100</i>	208	ZORTRESS.....	202
<i>womans laxative</i>	171	<i>yl folic acid</i>	163	ZORYVE.....	128
<i>womens laxative</i>	171	YONDELIS.....	89	ZOSYN.....	234

<i>zovia 1/35 (28)</i>	117
ZOVIRAX	129
ZTALMY	40
ZUBSOLV	27
ZULRESSO	42
<i>zumandimine</i>	117
ZURZUVAE	42
ZYCLARA	132
ZYCLARA PUMP	132
ZYDELIG	88
ZYKADIA	72
ZYLET	227
ZYNLONTA	72
ZYNYZ	74
ZYPREXA RELPREVV	96, 97
ZYVOX	67

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

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

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



Anthem 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 مجاناً. اتصل برقم خدمات الأعضاء الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك للمساعدة. (TTY/TDD: 711)

Armenian

Ձեր 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 ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਮਦਦ ਲਈ ਆਪਣੇ ਆਈਡੀ ਕਾਰਡ ਉੱਤੇ ਮੈਂਬਰ ਸਰਵਿਸਜ਼ ਨੰਬਰ ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (TTY/TDD: 711)

Navajo

Bee ná ahoót'í t'áá ni nizaad k'ehjí níká a'doowó t'áá jík'e. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. Naaltsoos bee atah nilínígíí bee né'cho'dólzingo nanitínígíí béésh bee hane'í bikáá' áá jì' hodiílnih. (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>.