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 para Miembros que figura en tu tarjeta de identificación.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del Medicamento</th>
<th>Costo</th>
<th>Rx ded</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Solution PPO 1500/15/20</td>
<td>$5/$15/$50/$65/30% to $250 after deductible</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Solution PPO 2000/20/20</td>
<td>$5/$20/$30/$50/30% to $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Solution PPO 2500/25/20</td>
<td>$5/$20/$40/$60/30% to $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Solution PPO 3500/30/30</td>
<td>$5/$20/$40/$60/30% to $250 Rx ded $150</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Solution PPO 4500/30/30</td>
<td>$5/$20/$40/$75/30% to $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Solution PPO 5500/30/30</td>
<td>$5/$20/$40/$75/30% to $250 Rx ded $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/$15/$25/$45/30% to $250</td>
<td>$5/$20/$50/$65/30% to $250 Rx ded $500</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/$15/$30/$50/30% to $250</td>
<td>$5/$20/$50/$70/30% to $250</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>$5/$15/$40/$60/30% to $250</td>
<td>$5/$20/$50/$70/30% to $250 after deductible</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Algunas cosas para recordar:
- Puedes ver y buscar en nuestra lista de medicamentos actual en el sitio anthem.com/ca/pharmacyinformation. 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/pharmacyinformation.
- 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.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Section</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>ACL INHIB-INTESINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>271</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS</em>** - DRUGS FOR METABOLIC DISEASE</td>
<td>271</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR NARCOTIC WITHDRAWAL</em>** - DRUGS FOR ADDICTION</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL</em>** - DRUGS FOR ADDICTION</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AMINO ACIDS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA</em>** - DRUGS FOR THE LIVER</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AMINOMETHYLCYCCLINES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESIC COMBINATIONS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICOAGULANTS - MISC.</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDOTE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTHYPERLIPIDEMICS MISC. COMBINATIONS</em>**</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - FGF R KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - MELHLYTRANSFERASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESION AGENT - COMB</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS</em>** - DRUGS FOR EATING DISORDERS</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-OBESITY AGENT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR EATING DISORDERS</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-RETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-RETROVIRALS ADJUVANTS</em>** - DRUGS THAT ALTER METABOLISM</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS</em>** - HORMONES</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CATIONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CATIONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORIN COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS</em>** - HORMONES</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRS)</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ERYTHROID MATURATION AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN COMBINATIONS</em>**</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-ANDROGEN-PROGESTIN</em>**</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST</em>** - HORMONES</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB</em>** - HORMONES</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE LIVER</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FENTANYL COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FLUOROCYCLINES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GLYCONEPTIDES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEMOGLOBIN S (HBS) POLYMERIZATION INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td>281</td>
</tr>
</tbody>
</table>
*PULMONARY FIBROSIS AGENTS*** - DRUGS FOR THE LUNGS ........................................................................................................ 293
*PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST*** - DRUGS FOR THE HEART ................................................................. 293
*SCLEROSTIN INHIBITORS*** - HORMONES .......................................................................................................................... 293
*SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS** - DRUGS FOR THE SKIN ........................................................................................................ 293
*SELECTIN BLOCKERS*** - DRUGS FOR THE BLOOD ......................................................................................................................... 293
*SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F)*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM ............................................................................. 294
*SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART .............................................................................................................. 294
*SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM ........................................ 294
*SEROTONIN MODULATORS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM .............................................................................................. 294
*SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR THE HEART ...................................................................................................................... 294
*SMA** - LUNG INHIBITORS - HORMONES ............................................................................................................................................. 294
*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB*** - HORMONES ................................................................. 295
*SPLINE TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD ...................................................................................... 295
*STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT ............................................................. 295
*TETRAHYDROISOQUINOLINES*** - DRUGS FOR CANCER .................................................................................................................... 295
*TRANSTHYRETIN STABILIZERS*** - HORMONES .................................................................................................................................. 295
*TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE STOMACH ................................................................. 296
*VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS*** - DRUGS FOR WOMEN ........................................................................ 296
*VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT .......... 296
*X-LINKED HYPOPHOSPHATEMIA (XLH) TREATMENT - AGENTS*** - HORMONES ........................................................................... 296
**Lista Nacional de Medicamentos – Sección informativa**

**Definiciones**

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

“Medicamento de MARCA” indica que el medicamento se comercializa con un nombre protegido con una marca registrada de un propietario. Los medicamentos de MARCA de este formulario están escritos en MAYÚSCULAS.

“Coseguro” es el porcentaje del costo de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que debes pagar luego de que hayas pagado el deducible, en el caso de que el beneficio tenga un deducible.

“Copago” es el monto fijo en dólares de un beneficio de cuidado de la salud cubierto que debes pagar luego de que hayas pagado el deducible, en el caso de que el beneficio tenga un deducible.

“Deducible” es el monto que debes pagar por los beneficios de cuidado de la salud que están sujetos al deducible antes de que tu seguro de salud comience a pagar. Si tu póliza de seguro médico tiene un deducible, puede tener un único deducible o deducibles distintos para beneficios médicos y para beneficios para medicamentos recetados. Luego de pagar el deducible, por lo general, solo debes pagar un copago o coseguro por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos. Tu compañía de seguros paga el resto.

“Optimización de la dosis (DO)” significa optimización de la dosis. Por lo general, esto significa que es posible que debas pasar de tomar un medicamento dos veces al día a tomar una dosis más alta una vez al día.

“Nivel del medicamento” hace referencia a un grupo de medicamentos recetados que pertenecen a un nivel de costo compartido especificado en tu póliza de seguro médico. El nivel del medicamento en el que se encuentra un medicamento recetado determina la parte del costo que deberás pagar por el medicamento.

“Solicitud de excepción” hace referencia a una solicitud para la cobertura de un medicamento fuera del formulario. Si tú, la persona que designaste o tu proveedor de cuidado de la salud recetador envías una solicitud para la cobertura de un medicamento fuera del formulario, tu aseguradora debe cubrir el medicamento fuera del formulario cuando la toma de dicho medicamento sea necesaria por motivos médicos.

“Circunstancias apremiantes” es cuando estás padeciendo una afección que puede poner en grave riesgo tu vida, tu salud o tu capacidad para recuperar el máximo de las funciones, o cuando estás realizando un tratamiento con un medicamento fuera del formulario.

“Formulario” o “lista de medicamentos recetados” es la lista de medicamentos que cubre tu póliza de seguro médico conforme al beneficio para medicamentos recetados de la póliza.

“Medicamento genérico” hace referencia a un medicamento que es el mismo a su equivalente de MARCA en dosis, concentración, efecto, forma en que se toma, calidad, seguridad y uso previsto. Los medicamentos genéricos de este formulario están escritos en cursiva y en minúscula.

“Distribución limitada (LD)” significa distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles únicamente en determinadas farmacias o mediante mayoristas, según lo que decida el fabricante.

“Necesario por motivos médicos” implica beneficios de cuidado de la salud necesarios para diagnosticar, tratar o prevenir una afección o sus síntomas, y que cumplen con las normas aceptadas de la medicina. El seguro médico no suele cubrir beneficios de cuidado de la salud que no son necesarios por motivos médicos.

“Medicamento fuera del formulario” es un medicamento recetado que no figura en este formulario.
“Quimioterapia por vía oral (OC)” Independientemente de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares ($200) por una receta individual de hasta un suministro para 30 días de un medicamento recetado para combatir el cáncer administrado por vía oral y cubierto por la póliza.

“Gastos de bolsillo” hace referencia a tus gastos por los beneficios de cuidado de la salud que no reembolsa tu seguro médico. Los gastos de bolsillo incluyen deducibles, copagos y coseguros por los beneficios de cuidado de la salud cubiertos, más todos los gastos por los beneficios de cuidado de la salud no cubiertos.

“Proveedor recetador” hace referencia a un proveedor de cuidado de la salud que puede hacer una receta de un medicamento para diagnosticar, tratar o prevenir una afección.

“Receta” hace referencia a una orden oral, escrita o digital de un proveedor recetador donde se autoriza que se le suministre un medicamento recetado a una persona específica.

“Medicamento recetado” es un medicamento que por ley requiere una receta.

“Autorización previa (PA)” es una decisión de tu seguro médico de que un beneficio de cuidado de la salud es necesario para ti por motivos médicos. Si un medicamento recetado está sujeto a una autorización previa en este formulario, tu proveedor recetador deberá solicitar la aprobación de tu seguro médico para que cubra el medicamento antes de abastecer tu receta. Tu seguro médico debe aprobar una solicitud de autorización previa cuando la toma del medicamento es necesaria por motivos médicos.

“Límite de cantidad (QL)” es una restricción del seguro médico de la cantidad de dosis de un medicamento recetado durante un período de tiempo específico, o cualquier otra limitación en la cantidad de un medicamento que está cubierto.

“Medicamentos especializados (SP)” hace referencia a los medicamentos especializados. Los medicamentos especializados se usan para tratar afecciones complejas y crónicas. Es posible que debas obtener este medicamento en una farmacia de medicamentos especializados.

“Terapia escalonada (ST)” indica una secuencia específica en la que se deben probar los medicamentos recetados para una afección en particular. Si un medicamento está sujeto a la terapia escalonada en este formulario, es posible que debas probar uno o más medicamentos antes de que tu póliza de seguro médico cubra ese medicamento para tu afección. Si tu proveedor recetador envía una solicitud de excepción al requisito de la terapia escalonada, tu seguro médico aprobará la solicitud cuando la toma de dicho medicamento sea necesaria por motivos médicos.
Preguntas frecuentes

¿Cómo sé qué medicamentos están cubiertos como beneficios?
Esta es una lista completa de todos los medicamentos de la lista de medicamentos. Pero es posible que haya algún medicamento en esta lista que no esté cubierto, depende de las normas de tu plan.

Tu beneficio de farmacia cubre medicamentos recetados, incluidos los medicamentos especializados, que pueden administrarte como parte de una consulta médica, una visita de cuidado en el hogar o en un centro de cuidados ambulatorios cuando se trata de servicios cubiertos. Los beneficios que recibes en el consultorio de tu proveedor suelen estar cubiertos como beneficio médico. Esto puede incluir medicamentos para terapia de infusión, quimioterapia, productos hemoderivados, ciertos inyectables y cualquier medicamento que deba administrar un proveedor.

¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la lista?
(A) Puedes encontrar un medicamento recetado buscando la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece el medicamento o el nombre de MARCA o genérico en el índice ordenado alfabéticamente; y
(B) Si el equivalente genérico de un medicamento de MARCA no está disponible en el mercado o no está cubierto, el medicamento no se indicará aparte con el nombre genérico.

Puedes buscar en la lista de medicamentos del PDF por:
- Nombre del medicamento, con Ctrl + F en el teclado, luego escribe el nombre del medicamento que estás buscando.
- Clase del medicamento, con las categorías ordenadas alfabéticamente.

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?
- Los medicamentos están ordenados alfabéticamente por nombre de MARCA y nombre genérico en la categoría terapéutica y la clase a la que pertenece.
- El nombre genérico de un medicamento de MARCA se encuentra al lado del nombre de MARCA entre paréntesis y en cursiva y minúsculas.
- Si el equivalente genérico de un medicamento de MARCA está disponible y también cubierto, el medicamento genérico se indicará aparte del medicamento de MARCA en cursiva y en minúsculas.
- Si un medicamento genérico se comercializa con un nombre de MARCA protegido con una marca registrada de un propietario, el nombre de MARCA se indicará luego del nombre genérico entre paréntesis y en tipografía normal con la primera letra de cada palabra en mayúsculas.

La sección “Requisitos y límites de la cobertura” indica si deben concederte una aprobación previa antes de obtener el medicamento (llamada autorización previa o PA), o si antes debes probar otros medicamentos para tu tratamiento (llamada terapia escalonada o ST).

Nota: la presencia de un medicamento recetado en el formulario no garantiza que tu médico te recetará ese medicamento para una afección particular.

¿Cuáles son mis opciones para obtener mis medicamentos recetados?
Hay muchas formas y lugares para obtener tus medicamentos recetados, como las farmacias de tu localidad de tu plan, la conveniente entrega a domicilio o las farmacias de medicamentos especializados. La mayoría de los planes ofrecen nuestro programa de entrega a domicilio sin costo adicional.

Para encontrar más información, los miembros actuales de Anthem pueden iniciar sesión en anthem.com/ca y elija Beneficios de Prescripción o llamar al 833-236-6196. Para saber más detalles sobre tu cobertura, puedes llamar al número de teléfono que figura en tu tarjeta de identificación del miembro.
¿Qué sucede si mi medicamento no está en la lista?
Sabemos que solo tú y tu médico saben lo que es mejor para ti. Si quieres tomar un medicamento que no está en la lista, es posible que debas pagar el costo total del medicamento. También puedes hablar con tu médico o farmacéutico para ver si hay algún otro medicamento que cubra tu plan que sea igual de efectivo, o si los medicamentos genéricos o de venta libre (OTC) son una opción. Solo tú y tu médico pueden decidir qué medicamentos son adecuados para ti.

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

Tu médico puede comenzar el proceso completando una autorización previa digital, llamando al número de Servicios para Miembros que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro o descargando un formulario de autorización previa de nuestro sitio web y enviándolo. Si se aprueba tu solicitud, el monto que deberás pagar por el medicamento dependerá del beneficio de tu plan.

Tu médico tiene distintas opciones para comenzar el proceso de autorización previa (PA):
2. Inicia sesión en anthem.com/ca y selecciona Pharmacy (Farmacia).
   - Ve a Pharmacy Resources (Recursos de farmacia) y Search Your Drug List (Consultar la lista de medicamentos) para buscar tu medicamento.
   - Selecciona la concentración y composición correcta del medicamento.
   - Desplázate hacia Definition of Restrictions (Definición de restricciones) y busca el formulario para fax en la tabla.
   - Tu médico debe completar y enviarnos el formulario por fax al 844-474-3347.
3. Llama a Servicios para Miembros de Farmacia al número que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro.

¿Quién decide qué medicamentos están en la lista?
Los medicamentos de la lista son revisados a través de nuestro proceso de Farmacia y servicios terapéuticos (P&T). En este proceso, un grupo de médicos, farmacéuticos y otros profesionales de cuidado de la salud independientes deciden qué medicamentos incluimos en nuestras listas. Este grupo se reúne a menudo para revisar nuestros medicamentos nuevos y existentes, y recomiendan medicamentos en función de qué tan seguros y efectivos son y el valor que ofrecen a nuestros miembros.

¿Qué es un medicamento especializado y cómo lo consigo?
Si estás tomando un medicamento que se considera medicamento especializado, es posible que debas ir a una farmacia de medicamentos especializados para que esté cubierto. Los medicamentos especializados vienen en muchas formas, como comprimidos, líquidos, inyecciones, infusiones e inhaladores y pueden necesitar manipulación y almacenamiento especiales. Por lo general, los beneficios para medicamentos especializados que son autoadministrados estarán cubiertos como beneficio de farmacia. Los beneficios para medicamentos especializados que recibes en el consultorio de tu proveedor suelen estar cubiertos como beneficio médico. Si acudes a farmacias que no están en la red, es posible que el medicamento no esté cubierto y que tengas que pagar el costo total. Para saber más detalles sobre tu cobertura, puedes llamar al número de teléfono que figura en tu tarjeta de identificación del miembro.

¿La lista de medicamentos se modifica? Si es así, ¿cómo lo sabré?
Los medicamentos de nuestra lista se revisan y actualizan una vez al mes. En ocasiones, se agregan, eliminan medicamentos, cambian los niveles o se actualizan los requisitos. Normalmente, los cambios comenzarán a regir el primer día del mes. Pero no te preocupes; te avisaremos si un medicamento que estás tomando se elimina de la lista y, en algunos casos, si un medicamento que tomas pasa a un nivel más alto.

Siempre puedes consultar la lista de medicamentos para asegurarte de que los que estás tomando siguen estando. Para ver la lista de medicamentos más actualizada, inicia sesión en anthem.com/ca.

¿Qué tipos de medicamentos puedo encontrar en el formulario?
Cubrimos medicamentos de cuidado preventivo aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) sin costo compartido y en conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y las regulaciones estatales de California. Es posible que tu médico deba hacer una receta para que estos servicios de prevención estén cubiertos por tu plan, aunque figuren como medicamentos de venta libre. La disponibilidad o cobertura de estos medicamentos sin costo compartido pueden estar sujetas al criterio establecido por el plan de salud.
Cubrimos equipos y suministros aprobados por la FDA para el tratamiento y el control de la diabetes insulinodependiente, la diabetes no insulinodependiente y la diabetes gestacional, según sea necesario por motivos médicos. Los medicamentos incluyen insulina, bombas de insulina e hipoglucemiantes orales. Los suministros y equipos cubiertos se limitan a medidores de glucosa, tiras reactivas, jeringas y lancetas. Los beneficios cubiertos también incluyen autocontrol ambulatorio y servicios educativos para tratar la diabetes si los servicios se prestan mediante un programa autorizado por el Proyecto de control de la diabetes del Estado dentro del Departamento de Salud.

¿Qué medicamentos puedo encontrar en cada nivel?
Colocamos los medicamentos en diferentes niveles según qué tan efectivos son para mejorar la salud, si hay opciones de venta libre (OTC) y los costos comparados con otros medicamentos usados para el mismo tipo de tratamiento. Mientras más bajo es el nivel, menor es tu parte del costo. Te mostramos un resumen de los niveles de tu plan:

- Los medicamentos del nivel 1 tienen la distribución de costos más baja para ti. En general, son medicamentos con el mejor precio en comparación con otras opciones que tratan las mismas afecciones. Algunos planes dividen el nivel 1 en nivel 1a y nivel 1b:
  - Los medicamentos del nivel 1a tienen la distribución de costos más baja. Son medicamentos genéricos con el mejor precio en comparación con otras opciones que tratan las mismas afecciones.
  - Los medicamentos del nivel 1b tienen una distribución de costos baja. Son medicamentos genéricos con el mejor precio en comparación con otras opciones que tratan las mismas afecciones.

- Los medicamentos del nivel 2 tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferida, según su eficacia para mejorar la salud y el costo en comparación con otros medicamentos que se usan 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 un costo compartido más alto. Generalmente, incluyen medicamentos genéricos y de marca que pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección. El nivel 3 también puede incluir medicamentos que la FDA aprobó recientemente.

- 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. Además, el nivel 4 puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados que se utilizan para tratar afecciones crónicas complejas, y pueden requerir una administración especial.

- Los medicamentos del nivel 5 tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida. El nivel 5 también puede incluir medicamentos recién aprobados por la FDA o medicamentos especializados que se utilizan para tratar afecciones graves a largo plazo y pueden requerir una administración especial.

¿Cómo sabré el precio de mi medicamento?
Los miembros actuales de Anthem pueden acceder en línea y, con la herramienta de precios de medicamentos (Price a Medication Tool), obtener los precios específicos de varias farmacias minoristas de tu localidad con tu código postal.

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

¿Cómo promueve Anthem la seguridad?
Cuando vas a una farmacia, el farmacéutico recibirá un mensaje electrónico de Anthem si un medicamento necesita autorización previa, terapia escalonada o si la cantidad que puede proporcionarse es limitada. Te mostramos de cerca todos los programas que ofrecemos para asegurarnos de que recibas el cuidado que necesitas y, a la vez, de protegerte.¹

Nuestros programas de edición clínica son los siguientes:
- Autorización previa, la cual requiere que obtengas la aprobación antes de tomar un medicamento. Esto permite asegurarnos de que un medicamento se use adecuadamente y enfocarnos en los medicamentos que pueden tener:
  - Riesgo de provocar efectos secundarios.
  - Riesgo de provocar efectos perjudiciales al tomarlos con otros medicamentos.
Probabilidad de uso incorrecto o abuso.
Normas para usarlo con determinadas condiciones.

- Terapia escalonada, la cual requiere que primero se prueben otros medicamentos. Apunta a determinar si un medicamento es adecuado para tu afección.
- Optimización de la dosis, la cual implica pasar de tomar una dosis dos veces al día a una vez al día, según sea necesario por motivos médicos. Tomar menos dosis puede disminuir los costos; tomar una única dosis alta de un medicamento una vez al día puede costar menos que tomar una dosis baja dos veces al día.
- Los límites de cantidad imponen un límite en la cantidad indicada en una receta y con qué frecuencia puede reponerse.
  - Si una solicitud de reposición se envía demasiado pronto o el médico receta una cantidad superior a la permitida, el medicamento no tendrá cobertura en ese momento.
  - Si hay motivos médicos para recetar el medicamento con las dosis indicadas originalmente, el médico puede pedir una revisión por parte de nuestro Centro de Autorización Previa.

Además, si estás tomando un medicamento que se considera medicamento especializado, es posible que debas ir a una farmacia de medicamentos especializados para que el medicamento tenga cobertura.

¿Cómo puede mi médico comenzar el proceso de autorización previa?
Si tu medicamento está en nuestro formulario pero requiere una PA o terapia escalonada, tu médico tiene las siguientes opciones para comenzar el proceso de autorización previa (PA):
2. Inicia sesión en anthem.com/ca y selecciona Pharmacy (Farmacia).
   - Ve a Pharmacy Resources (Recursos de farmacia) y Search Your Drug List (Consultar la lista de medicamentos) para buscar tu medicamento.
   - Selecciona la concentración y composición correcta del medicamento.
   - Desplázate hacia Definition of Restrictions (Definición de restricciones) y busca el formulario para fax en la tabla.
   - Tu médico debe completar el formulario y enviarlo por fax a Anthem al 844-474-3347.
3. Llama a Servicios para Miembros al número que figura en el dorso de tu tarjeta de identificación del miembro.

¿Qué es la terapia escalonada? ¿Cómo funciona?
La terapia escalonada implica probar otros medicamentos antes de que determinados medicamentos tengan cobertura. La farmacia te avisará si la terapia escalonada es necesaria y, de ser así, primero debes probar el medicamento o tratamiento que se indica en el programa. Si el medicamento o tratamiento no sirve para tratar bien el problema de salud, el médico puede comunicarse con nuestro Centro de Autorización Previa para pedir que aprobemos el medicamento original.¹

Otros datos sobre el proceso de excepción:
- Si no respondemos a una solicitud de autorización previa completa o de excepción a la terapia escalonada en el transcurso de las 72 horas de haber recibido una solicitud no urgente y en el transcurso de las 24 horas de haber recibido una solicitud sobre la base de circunstancias apremiantes, la solicitud se considera aprobada y no podremos denegar ninguna solicitud posterior de este medicamento.
- No te preocupes; si has cambiado de póliza, no te pediremos que repitas una solicitud de terapia escalonada aprobada que ya está en uso para tratar una afección, siempre y cuando el medicamento siga estando recetado correctamente y se considere seguro y eficaz.

Nota sobre los opioides: Es posible que el costo compartido del miembro para determinados opioides que disuaden el abuso sea menor en algunos estados debido a las leyes de dichos estados. Los opioides son un tipo de analgésico. En respuesta a la epidemia mundial de opioides, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU. ha alentado a los fabricantes de medicamentos a crear opioides con propiedades que ayuden a disuadir su uso indebido y abuso.

Los medicamentos pueden estar excluidos de la lista según las normas de los beneficios de tu plan.

¹ Si el Centro de Autorización Previa concluye que la reclamación de la receta debe ser denegada, los miembros y sus médicos recibirán cartas donde se explica el proceso de apelaciones y/o de quejas.
NOMENCLATURA
A continuación, se encuentran algunos términos y notas que encontrarás en la lista de medicamentos.

Los medicamentos de marca están en MAYÚSCULAS y en negrita.

Los medicamentos genéricos están en minúsculas y en tipografía normal.

\textbf{$S0 = $} medicamentos preventivos. Para algunos miembros, este producto puede estar cubierto al 100 \% con $0 de costo compartido con la receta de su proveedor si se cumplen los criterios especificados.

\textbf{DO =} optimización de la dosis. Por lo general, esto significa que es posible que debas pasar de tomar un medicamento dos veces al día a tomar una dosis más alta una vez al día.

\textbf{LD =} distribución limitada. Estos medicamentos están disponibles únicamente en determinadas farmacias o mediante mayoristas, según lo que decida el fabricante.

\textbf{OC =} quimioterapia por vía oral. Estos medicamentos después del deducible no excederán los $200 por receta individual de un suministro para hasta 30 días.

\textbf{PA =} autorización previa. Es posible que debas obtener la aprobación de beneficios antes de poder abastecer determinadas recetas.

\textbf{QL =} límites de cantidad. Existen límites en la cantidad de medicamentos cubiertos dentro de un determinado periodo de tiempo.

\textbf{SP =} medicamentos especializados. Los medicamentos especializados son para tratar afecciones complejas y crónicas. Es posible que debas obtener este medicamento en una farmacia de medicamentos especializados.

\textbf{ST =} terapia escalonada. Es posible que primero debas tomar otro medicamento recomendado antes de que un medicamento recetado esté cubierto.

\textbf{Nivel 1 =} los medicamentos de nivel 1 tienen el costo compartido más bajo. Por lo general, son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.

\textbf{Nivel 1a =} los medicamentos de nivel 1a tienen el costo compartido más bajo. Suelen ser medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.

\textbf{Nivel 1b =} los medicamentos de nivel 1b tienen un costo compartido bajo. Por lo general, son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor comparados con otros medicamentos para tratar las mismas afecciones.

\textbf{Nivel 2 =} los medicamentos del nivel 2 tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferida, según su eficacia para mejorar la salud y el costo en comparación con otros medicamentos que se usan para el mismo tipo de tratamiento.

\textbf{Nivel 3 =} los medicamentos de nivel 3 tienen un costo compartido más alto. Generalmente, incluyen medicamentos genéricos y de marca que pueden costar más que los medicamentos de los niveles inferiores que se utilizan para tratar la misma afección. El nivel 3 también puede incluir medicamentos que la FDA aprobó recientemente.

\textbf{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.

\textbf{Nivel 5 =} los medicamentos del nivel 5 tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida. El nivel 5 también puede incluir medicamentos recién aprobados por la FDA o medicamentos especializados que se utilizan para tratar afecciones graves a largo plazo y pueden requerir una administración especial.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVODART ORAL CAPSULE (dutasteride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dutasteride oral capsule</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>finasteride oral tablet</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROSCAR ORAL TABLET (finasteride)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALOXI INTRAVENOUS SOLUTION (palonosetron hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ANZEMET ORAL TABLET (dolasetron mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (5 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>granisetron hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>granisetron hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (10 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (8 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (8 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral tablet 4 mg</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (48 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl oral tablet 8 mg</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (24 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (48 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron oral tablet dispersible 8 mg</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (24 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALONOSETRON HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (granisetron)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 patches per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (granisetron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZOFRAN ORAL TABLET 4 MG (ondansetron hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (48 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOFRAN ORAL TABLET 8 MG (ondansetron hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (24 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUPLENZ ORAL FILM 4 MG (ondansetron)</td>
<td>3</td>
<td>QL (48 films per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUPLENZ ORAL FILM 8 MG (ondansetron)</td>
<td>3</td>
<td>QL (24 films per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>5-LIP氧化ENASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zileuton er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYFLO ORAL TABLET (zileuton)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ABORTIFACIENT - PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIFEPREX ORAL TABLET (mifepristone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mifepristone oral tablet</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ABORTIFACIENTS/CERVICAL RIPENING - PROSTAGLANDINS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carboprost tromethamine intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CERVIDIL VAGINAL INSERT (dinoprostone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEMABATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (carboprost tromethamine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREPIDIL VAGINAL GEL (dinoprostone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROSTIN E2 VAGINAL SUPPOSITORY (dinoprostone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ACE INHIBITOR &amp; CALCIUM CHANNEL BLOCKER COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LOTREL ORAL CAPSULE 10-20 MG, 10-40 MG (amlodipine besy-benazepril hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOTREL ORAL CAPSULE 5-10 MG, 5-20 MG (amlodipine besy-benazepril hcl)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PRESTALIA ORAL TABLET 14-10 MG (perindopril arg-amlodipine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRESTALIA ORAL TABLET 3.5-2.5 MG, 7-5 MG (perindopril arg-amlodipine)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>TARKA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (trandolapril-verapamil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 1-240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril-verapamil hcl er oral tablet extended release 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ACE INHIBITORS &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCURETIC ORAL TABLET (quinapril-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 5-6.25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fosinopril sodium-hctz oral tablet 20-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG (benazepril-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (benazepril-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VASERETIC ORAL TABLET (enalapril-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (lisinopril-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (lisinopril-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG (lisinopril-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ACE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCUPRIL ORAL TABLET (quinapril hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALTACE ORAL CAPSULE (ramipril)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>benazepril hcl oral tablet</td>
<td>1 o 1a*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>captopril oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>enalapril maleate oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>enalaprilat intravenous injectable</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPANED ORAL SOLUTION (enalapril maleate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (40 mg per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fosinopril sodium oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</td>
<td>1 o 1a*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg</td>
<td>1 o 1a*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOTENSIN ORAL TABLET (benazepril hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>moexipril hcl oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>perindopril erbumine oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRINIVIL ORAL TABLET (lisinopril)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>QBRELIS ORAL SOLUTION (lisinopril)</td>
<td>3</td>
<td>QL (40 mg per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>quinapril hcl oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ramipril oral capsule</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>trandolapril oral tablet</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VASOTEC ORAL TABLET (enalapril maleate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 20 MG, 5 MG (lisinopril)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG (lisinopril)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ACNE ANTIBIOTICS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACZONE EXTERNAL GEL (dapsone)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AMZEEQ EXTERNAL FOAM (minocycline hcl micronized)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (30 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEOCIN-T EXTERNAL GEL (clindamycin phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION (clindamycin phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate (Clindacin Etz External Swab)</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 pads per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate (Clindacin-P External Swab)</td>
<td>1 o 1b*</td>
<td>QL (2 pads per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate external swab</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dapsone external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ery external pad</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 pads per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ERYGEL EXTERNAL GEL (erythromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EVOCLIN EXTERNAL FOAM (clindamycin phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>Klaron external lotion</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium (acne) external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ACNE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACANYA EXTERNAL GEL (clindamycin phos-benzoyl perox)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>adapalene-benzoyl peroxide external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZACLIN EXTERNAL GEL (clindamycin phos-benzoyl perox)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZACLIN WITH PUMP EXTERNAL GEL (clindamycin phos-benzoyl perox)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZAMycin EXTERNAL GEL (benzoyl peroxide-erythromycin)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (46.6 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide-hydrocortisone external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENZOYl PEROXIDE FORTE- HC EXTERNAL LOTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide-erythromycin external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bp 10-1 external emulsion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bp cleansing wash external emulsion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin-tretinoin external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINOIN EXTERNAL CREAM (clindamycin-tretinoin-cholesty)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIDUO EXTERNAL GEL (adapalene-benzoyl peroxide)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL (adapalene-benzoyl peroxide)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin-benzoyl per (refr) (Neuac External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONEXTON EXTERNAL GEL (clindamycin phos-benzoyl perox)</td>
<td>2</td>
<td>QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>resorcinol-sulfur external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sss 10-5 external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sss 10-5 external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA=medicamento de marca genérico=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 o 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 o 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada En vigencia desde el 08/01/2020**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external emulsion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external liquid 9-4%</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external liquid 9-4.5%, 9.8-4.8%</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external pad</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR EXTERNAL SUSPENSION 10-5%</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur external suspension 8-4%</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sod-sulfur wash external kit</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SULFACETAMIDE-SULFUR IN UREA EXTERNAL EMULSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamez wash external emulsion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VELTIN EXTERNAL GEL (clindamycin-tretinoin)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ZACARE EXTERNAL KIT (benzoyl peroxide-hyaluronate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZIANA EXTERNAL GEL (clindamycin-tretinoin)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ACNE PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ABSORICA LD ORAL CAPSULE (isotretinoin micronized)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ABSORICA ORAL CAPSULE (isotretinoin)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>adapalene external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>adapalene external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>adapalene external pad</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ADAPALENE EXTERNAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>AKLIEF EXTERNAL CREAM (trifarotene)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 pump per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALTRENO EXTERNAL LOTION (tretinoin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin (Amneestem Oral Capsule)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ARAZLO EXTERNAL LOTION (tazarotene)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ATRALIN EXTERNAL GEL (tretinoin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin (Avita External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin (Avita External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>AZELEX EXTERNAL CREAM (azelaic acid)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (30 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZAC AC WASH EXTERNAL LIQUID (benzoyl peroxide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide (Benzepro Short Contact External Foam)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENZIQ EXTERNAL GEL (benzoyl peroxide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENZIQ LS EXTERNAL GEL (benzoyl peroxide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benziq wash external liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BENZOYL PEROXIDE EXTERNAL GEL 6.5 %</td>
<td>3</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (42.5 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide external gel 8 %</td>
<td></td>
<td>PA; QL (42.5 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>bp wash external liquid</td>
<td></td>
<td>1 or 1b* QL (42.5 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BPO EXTERNAL GEL</td>
<td>3</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (42.5 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin (Claravis Oral Capsule)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFFERIN EXTERNAL CREAM (adapalene)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFFERIN EXTERNAL GEL (adapalene)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (59 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFFERIN EXTERNAL LOTION (adapalene)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FABIOR EXTERNAL FOAM (tazarotene)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin oral capsule</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REX AX EXTERNAL FOAM (benzoyl peroxide)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin external cream 0.1 %</td>
<td></td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin external gel 0.01 %, 0.05 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin external gel 0.025 %</td>
<td></td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin microsphere external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin microsphere pump external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RIAZ EXTERNAL FOAM (benzoyl peroxide)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZACLIR CLEANSING EXTERNAL LOTION</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>clonidine hcl er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (guanfacine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KAPVAY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (clonidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA=medicamento de marca genérico=medicamento de nombre genérico**

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR</em>**</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>atomoxetine hcl oral capsule</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>STRATTERA ORAL CAPSULE (atomoxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADRENERGIC COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone-salmeterol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 package per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL (fluticasone-salmeterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone-salmeterol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone-salmeterol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone-salmeterol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (umeclidinium-vilanterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (glycopyrrolate-formoterol)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone furoate-vilanterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (ipratropium-albuterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (aclidinium br-formoterol fum)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DULERA INHALATION AEROSOL (mometasone furo-formoterol fum)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 package per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium-albuterol inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (tiotropium bromide-olodaterol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMBICORT INHALATION AEROSOL (budesonide-formoterol fumarate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone-umeclidin-vilant)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 box per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UTIBRON NEOHALER INHALATION CAPSULE (indacaterol-glycopyrrolate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fluticasone-salmeterol (Wixela Inhub Inhalation Aerosol Powder Breath Activated)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 package per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADRENOLYTICS-CENTRAL &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE COMB</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylxypophosphate-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (sinecatechins)</td>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>refissa external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (40 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RENOVA EXTERNAL CREAM (tretinoin (facial wrinkles))</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (40 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (tretinoin (facial wrinkles))</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (44 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin (emollient) external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (40 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR GAUCHER DISEASE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CERDELGA ORAL CAPSULE (eliglustat tartrate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (imiglucerase)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ELEYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (taliglucerase alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>miglustat oral capsule</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (velaglucerase alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZAVESCA ORAL CAPSULE (miglustat)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AGENTS FOR PHEOCHROMOCYTOMA</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEMSER ORAL CAPSULE (metyrosine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (16 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIBENZYLINE ORAL CAPSULE (phenoxybenzamine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (12 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>phenoxybenzamine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (12 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>phenotolamine mesylate injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALCOHOL DETERRENTS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acamprosate calcium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ANTABUSE ORAL TABLET (disulfiram)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>disulfiram oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALKYLATING AGENTS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BELRAPZO INTRAVENOUS SOLUTION (bendamustine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BENDAMUSTINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION (bendamustine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>busulfan intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BUSULFEX INTRAVENOUS SOLUTION (busulfan)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>carboplatin intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>cisplatin intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CISPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYLERAN ORAL TABLET (busulfan)</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxaliplatin intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>oxaliplatin intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>carboplatin (Paraplatin Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TEPADINA INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (thiotepa)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>thiotepa injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (bendamustine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (lurbinectedin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ALLERGENIC EXTRACTS</strong>* - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACACIA SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACREMONIUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALDER SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALTERNARIA SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMERICAN BEECH SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMERICAN COCKROACH SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMERICAN ELM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMERICAN SYCAMORE SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARIZONA CYPRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASPERGILLUS FUMIGATUS INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUREOBASIDIUM PULLULANS INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUREOBASIDIUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUSTRALIAN PINE SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BAHIA SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BALD CYPRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BAYBERRY (WAX MYRTLE) SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BERMUDA GRASS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BLACK WALNUT POLLEN SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BLACK WILLOW SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BOTRYTIS INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BOTRYTIS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BOX ELDER SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BROME SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALIFORNIA PEPPER TREE SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CANDIDA ALBICANS EXTRACT INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CANDIDA ALBICANS EXTRACT SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAT HAIR EXTRACT SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CATTLE EPITHELIUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEDAR ELM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLADOSPORIUM CLADOSPORIOIDES INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLADOSPORIUM CLADOSPORIOIDES INTRADERMAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLADOSPORIUM CLADOSPORIOIDES SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLADOSPORIUM SPHAEROSPERMUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COCKLEBUR SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORN POLLEN SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CURVULARIA SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DANDELION SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DOG EPITHELIUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DOG FENNEL SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DRECHSLERA SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EASTERN COTTONWOOD SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENGLISH PLANTAIN SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPICOCCUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPICOCCUMNIGRUM INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIRE ANT SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FUSARIUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GERMAN COCKROACH SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GOLDENROD SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (<em>timothy grass pollen allergen</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HACKBERRY SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HONEY BEE VENOM PROTEIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (<em>honey bee venom</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HONEY BEE VENOM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HORSE EPITHELIUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JOHNSON GRASS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JUNE GRASS POLLEN STANDARDIZED SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KAPOK SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KOCHIA SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMBS QUARTERS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LENSCALE SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEADOW FESCUE GRASS POLLEN SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MELALEUCA SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MESQUITE SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MITE (D. FARINAE) SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MITE (D. PTERONYSSinus) SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED RAGWEED SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED VESPID VENOM PROTEIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED VESPID VENOM PROTEIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MOUNTAIN CEDAR SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MOUSE EPITHELIUM SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MUCOR INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MUCOR INTRADERMAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MUCOR SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MUGWORT SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OLIVE TREE SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORCHARD GRASS POLLEN SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Palforia (40 mg daily dose) Oral (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>Palforia (6 mg daily dose) Oral (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>Palforia (80 mg daily dose) Oral (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>Palforia Initial Escalation Oral (peanut powder-dnfp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pecan Pollen Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Penicillum Notatum Injection Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Penicillum Notatum Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Perennial Rye Grass Pollen Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Phoma Exigua Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Privet Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Queen Palm Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rabbit Epithelium Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ragwitek SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (short ragweed pollen ext)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Red Birch Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Red Cedar Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Red Maple Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Red Mulberry Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Red Top Grass Pollen Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rhizopus Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rough Marsh Elder Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Rough Pigweed Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Russian Thistle Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Saccharomyces Cerevisiae Injection Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Saccharomyces Cerevisiae Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sagebrush Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Shagbark Hickory Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sheep Sorrel Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Short Ragweed Pollen Ext Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Spiny Pigweed Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Stethyllium Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sweet Gum Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sweet Vernal Grass Pollen Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Tall Ragweed Subcutaneous Solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Timothy Grass Pollen Allergen Subcutaneous Solution 10000 BAU/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TIMOTHY GRASS POLLEN ALLERGEN SUBCUTANEOUS SOLUTION 100000 BAU/ML</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>TRICHOSTRONGYLMON SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL HONEY BEE VENOM INJECTION KIT (honey bee venom)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL MIXED VESPID VENOM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (mixed vespid venom)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL WASP VENOM INJECTION KIT (wasp venom)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL WHITE FACED HORNET INJECTION KIT (white faced hornet venom)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL YELLOW HORNET VENOM INJECTION KIT (yellow hornet venom)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL YELLOW JACKET VENOM INJECTION KIT (yellow jacket venom)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIRGINIA LIVE OAK SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WASP VENOM PROTEIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WASP VENOM PROTEIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WESTERN JUNIPER SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE ASH SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE BIRCH SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE FACED HORNET VENOM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE MULBERRY SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE OAK SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE PINE SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE-FACED HORNET VENOM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (white faced hornet venom)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YELLOW DOCK SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YELLOW HORNET VENOM PROTEIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YELLOW HORNET VENOM PROTEIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YELLOW JACKET VENOM PROTEIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YELLOW JACKET VENOM PROTEIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ALPHA 1-ADRENOCEPTOR ANTAGONISTS***

alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour

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 alta que los del nivel 1  Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CARDURA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (doxazosin mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLOMAX ORAL CAPSULE (tamsulosin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RAPAFLO ORAL CAPSULE (silodosin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>silodosin oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tamsulosin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (alfuzosin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALPHA ADRENERGIC AGONIST &amp; CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (brinzolamide-brimonidine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mirtazapine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mirtazapine oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REMERON ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (mirtazapine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALPHA-BETA BLOCKERS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>carvedilol oral tablet 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (carvedilol phosphate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COREG ORAL TABLET 12.5 MG, 3.125 MG, 6.25 MG (carvedilol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COREG ORAL TABLET 25 MG (carvedilol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LABETALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>labetalol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acarbose oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acarbose oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLYSET ORAL TABLET (miglitol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>miglitol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRECOSE ORAL TABLET 100 MG (acarbose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRECOSE ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (acarbose)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (alpha1-proteinase inhibitor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (alpha1-proteinase inhibitor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (alpha1-proteinase inhibitor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (alpha1-proteinase inhibit)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (alpha1-proteinase inhibitor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMEBICIDES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOLOSEC ORAL PACKET (secnidazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMINO ACID MIXTURES</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amino acids (Aminoamrns Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMINOPROTECT INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amino acids (Aminoreliefrms Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid elect-calc in d5w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid elect-calc in d10w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid elect-calc in d5w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid elect-calc in d15w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid elect-calc in d20w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion in d10w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion in d5w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion in d15w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion in d20w)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amino acid infusion (Clinisol Sf Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FREAMEINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FREAMEINE III INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hepatamine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amino acid infusion (Plenamine Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (amino acid infusion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION</strong> <em>(amino acid electrolyte infusion)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION</strong> <em>(amino acid infusion)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION</strong> <em>(amino acid infusion)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION</strong> <em>(amino acid infusion)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>AMINO ACIDS-SINGLE</strong></em> - DRUGS FOR NUTRITION**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ARGININE HCL INJECTION SOLUTION</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION</strong> <em>(cysteine hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLUTATHIONE INJECTION SOLUTION</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLUTATHIONE INTRAVENOUS SOLUTION</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLYCINE INJECTION SOLUTION</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LYSINE HCL INJECTION SOLUTION</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>n-acetyl-l-cysteine oral capsule</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NEOKE ALCAR ORAL POWDER</strong> <em>(acetylcarnitine)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TAURINE INJECTION SOLUTION</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRYPTOPHAN ORAL CAPSULE</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>AMINOGLYCOSIDES</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>amikacin sulfate injection solution</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION</strong> <em>(amikacin sulfate liposome)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION</strong> <em>(tobramycin)</em></td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>gentamicin in saline intravenous solution</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>gentamicin sulfate injection solution</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KITABIS PAK INHALATION NEBULIZATION SOLUTION</strong> <em>(tobramycin)</em></td>
<td>5</td>
<td>LD; SP; QL (9.4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>neomycin sulfate oral tablet</strong></td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>paromomycin sulfate oral capsule</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION</strong> <em>(tobramycin)</em></td>
<td>5</td>
<td>LD; SP; QL (9.4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE</strong> <em>(tobramycin)</em></td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>tobramycin inhalation nebulization solution</strong></td>
<td>4</td>
<td>SP; QL (9.4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>tobramycin sulfate injection solution</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>tobramycin sulfate injection solution reconstituted</strong></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION</strong> <em>(plazomicin sulfate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>AMINOPENICILLINS</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>amoxicillin oral capsule</strong></td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>amoxicillin oral suspension reconstituted</strong></td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>(QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>amoxicillin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicillin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMPA GLUTAMATE RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FYCOMPA ORAL SUSPENSION (perampanel)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FYCOMPA ORAL TABLET (perampanel)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMPHETAMINE MIXTURES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADDERALL ORAL TABLET (amphetamine-dextroamphetamine)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>(amphetamine-dextroamphetamine)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMPHETAMINES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADZENYS ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (amphetamine)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSBILE (amphetamine)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine er oral suspension extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>amphetamine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DESOXYN ORAL TABLET (methamphetamine hcl)</strong></td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (dextroamphetamine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DYANAVEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (amphetamine)</strong></td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>EVEKEO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE (amphetamine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>EVEKEO ORAL TABLET (amphetamine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methamphetamine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate (Procentra Oral Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VYVANSE ORAL CAPSULE (lisdexamfetamine dimesylate)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE (lisdexamfetamine dimesylate)</td>
<td>2</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

** MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 2=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 4 tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida S0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL= límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada |

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>zenzedi oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANABOLIC STEROIDS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANADROL-50 ORAL TABLET (oxymetholone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxandrolone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALEPTICS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAFCIT INTRAVENOUS SOLUTION (caffeine citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>caffeine citrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>caffeine citrate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION (doxapram hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESIC COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>duraxin oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESICS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE-TRAMADOL EXTERNAL CREAM</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BACLOFEN EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENOVARX-TRAMADOL EXTERNAL CREAM</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESICS OTHER</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clonidine hcl (analgesia) epidural solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DURACLON EPIDURAL SOLUTION (clonidine hcl (analgesia))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OFIRMEV INTRAVENOUS SOLUTION (acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANALGESICS-SEDATIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLZITAL ORAL TABLET (butalbital-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-acetaminophen (Bupap Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BUTALBITAL-ACETAMINOPHEN ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-acetaminophen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-apap-caffeine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-apap-caffeine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-aspirin-caffeine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BUTALBITAL-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-apap-caffeine (Esgic Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESGIC ORAL TABLET (butalbital-apap-caffeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIORICET ORAL CAPSULE (butalbital-apap-caffeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIORINAL ORAL CAPSULE (butalbital-aspirin-caffeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tencon oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-apap-caffeine (Vanatol S Oral Solution)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-apap-caffeine (Vtol Lq Oral Solution)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>butalbital-apap-caffeine (Zebutal Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADRENALIN INJECTION SOLUTION (epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>epinephrine injection solution auto-injector</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 pens per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (epinephrine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 syringes per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS</strong>* , DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abiraterone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>YONSA ORAL TABLET (abiraterone acetate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG (abiraterone acetate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG (abiraterone acetate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANDROGENS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (testosterone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 patch per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL (testosterone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ANDROGEL TRANSDERMAL GEL 20.25 MG/1.25GM (1.62%), 40.5 MG/2.5GM (1.62%), 50 MG/5GM (1%) (testosterone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ANDROGEL TRANSDERMAL GEL 25 MG/2.5GM (1%) (testosterone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION (testosterone undecanoate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>danazol oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION (testosterone cypionate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>EC-RX TESTOSTERONE TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JATENZO ORAL CAPSULE 158 MG, 198 MG (testosterone undecanoate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JATENZO ORAL CAPSULE 237 MG (testosterone undecanoate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>METHITEST ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methyltestosterone oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TESTOPEL IMPLANT PELLET (testosterone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>TESTOSTERONE COMPOUNDING KIT TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TESTOSTERONE CYPIONATE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone cypionate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone enanthate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>TESTOSTERONE IMPLANT PELLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 1.62 %, 12.5 mg/act (1%), 20.25 mg/act (1.62%)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 10 mg/act (2%)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 pump per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 20.25 mg/1.25 gm (1.62%), 40.5 mg/2.5 gm (1.62%), 50 mg/5gm (1%)</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (1 packet per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5 gm (1%)</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (2 packet per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>testosterone transdermal solution</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (1 pump bottle per 30 days)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XYOSTED SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (testosterone enanthate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANESTHETICS - MISC.</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (etomidate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANESTHESIA S/I-40 INTRAVENOUS KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (propofol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etomidate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>freseinus propoven intravenous emulsion 1000 mg/100ml, 200 mg/20ml, 500 mg/50ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FRESENIUS PROPOVEN INTRAVENOUS EMULSION 2000 MG/100ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KETALAR INJECTION SOLUTION (ketamine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketamine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KETAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KETAMINE HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propofol intravenous emulsion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANESTHETICS TOPICAL ORAL - COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIRST-MOUTHWASH BLM MOUTH/THROAT SUSPENSION (dph-lido-alhydr-mghydr-simeth)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANESTHETICS TOPICAL ORAL</strong>* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>benzocaine (Topex Topical Anesthetic Mouth/Throat Aerosol)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG &amp; CA CHANNEL BLOCKER COMB</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-320 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 5-160 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>amlodipine-olmesartan oral tablet 5-20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG (amlodipine-olmesartan)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AZOR ORAL TABLET 5-20 MG (amlodipine-olmesartan)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG (amlodipine besylate-valsartan)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG (amlodipine besylate-valsartan)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>TWYNSTA ORAL TABLET 40-10 MG, 80-10 MG, 80-5 MG (telmisartan-amlodipine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TWYNSTA ORAL TABLET 40-5 MG (telmisartan-amlodipine)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG (candesartan cilexetil-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ATACAND HCT ORAL TABLET 32-12.5 MG, 32-25 MG (candesartan cilexetil-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG (irbesartan-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AVALIDE ORAL TABLET 300-12.5 MG (irbesartan-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG (olmesartan medoxomil-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>BENICAR HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (olmesartan medoxomil-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 80-12.5 MG (valsartan-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG (valsartan-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EDARBYCLOR ORAL TABLET (azilsartan-chlorthalidone)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG (losartan potassium-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYZAAR ORAL TABLET 50-12.5 MG (losartan potassium-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG (telmisartan-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-12.5 MG (telmisartan-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-25 MG (telmisartan-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATACAND ORAL TABLET 16 MG, 4 MG, 8 MG (candesartan cilexetil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ATACAND ORAL TABLET 32 MG (candesartan cilexetil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AVAPRO ORAL TABLET 150 MG, 75 MG (irbesartan)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>AVAPRO ORAL TABLET 300 MG (irbesartan)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENICAR ORAL TABLET 20 MG (olmesartan medoxomil)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>BENICAR ORAL TABLET 40 MG (olmesartan medoxomil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENICAR ORAL TABLET 5 MG (olmesartan medoxomil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COZAAR ORAL TABLET 100 MG (losartan potassium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COZAAR ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (losartan potassium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIOVAN ORAL TABLET 160 MG (valsartan)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIOVAN ORAL TABLET 320 MG (valsartan)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIOVAN ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (valsartan)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EDARBI ORAL TABLET 40 MG (azilsartan medoxomil)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>EDARBI ORAL TABLET 80 MG (azilsartan medoxomil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan oral tablet 150 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>irbesartan oral tablet 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MICARDIS ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (telmisartan)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>MICARDIS ORAL TABLET 80 MG (telmisartan)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>telmisartan oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan oral tablet 160 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan oral tablet 320 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>valsartan oral tablet 40 mg, 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANT-CA CHANNEL BLOCKER-Thiazides***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 5-160-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-25 MG (amlodipine-valsartan-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG (amlodipine-valsartan-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG (olmesartan-amlodipine-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (olmesartan-amlodipine-hctz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANOREXIANT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (phentermine-topiramate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADIPEX-P ORAL CAPSULE (phentermine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ADIPEX-P ORAL TABLET (phentermine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>benzphetamine hcl oral tablet 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>diethylpropion hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>LOMAIRA ORAL TABLET (phentermine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phendimetrazine tartrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phentermine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>phentermine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTACIDS - BICARBONATE***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SODIUM BICARBONATE ORAL POWDER</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTHELMINTICS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albendazole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALBENZA ORAL TABLET (albendazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZNIDAZOLE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BILTRICIDE ORAL TABLET (praziquantel)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (mebendazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ivermectin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>praziquantel oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>STROMECTOL ORAL TABLET (ivermectin)</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI TB COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIFAMATE ORAL CAPSULE (isoniazid-rifampin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIFATER ORAL TABLET (isoniazid-rifamp-pyrazinamide)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIADRENALS</strong>* - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LYSODREN ORAL TABLET (mitotane)</td>
<td>2; OC LD QL (38 tablet per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CATAPRES ORAL TABLET (clonidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (clonidine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (clonidine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (clonidine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clonidine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clonidine transdermal patch weekly</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>guanfacine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methyldopa oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIADRENERGICS - PERIPHERALLY ACTING</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARDURA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG (doxazosin mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARDURA ORAL TABLET 8 MG (doxazosin mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MINIPRESS ORAL CAPSULE (prazosin hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prazosin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>terazosin hcl oral capsule 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIANDROGENS</strong>* - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bicalutamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CASODEX ORAL TABLET (bicalutamide)</strong></td>
<td>3</td>
<td>OC</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ERLEADA ORAL TABLET (apalutamide)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>flutamide oral capsule</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NILANDRON ORAL TABLET (nilutamide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nilutamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUBEQA ORAL TABLET (darolutamide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XTANDI ORAL CAPSULE (enzalutamide)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIANGINALS-OTHER***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (ranolazine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIANXIETY AGENTS - MISC.***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>buspirone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>droperidol injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine hcl intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyzine pamoate oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meprobamate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIARRHYTHMICS - MISC.***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADENOCARD INTRAVENOUS SOLUTION (adenosine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>adenosine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>disopyramide phosphate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (disopyramide phosphate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORPACE ORAL CAPSULE (disopyramide phosphate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>procainamide hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quinidine gluconate er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quinidine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LIDOCAINE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 2-5 MG/ML-%</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mexiletine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flecainide acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propafenone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RYTHMOL SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (propafenone hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIARRHYTHMICS TYPE III</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiodarone hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiodarone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRETYLIUM TOSYLATE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (ibutilide fumarate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dofetilide oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibutilide fumarate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTAQ ORAL TABLET (dronedarone hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (amiodarone hcl in dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiodarone hcl (Pacerone Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIKOSYN ORAL CAPSULE (dofetilide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIBIOTIC STERIOD COMBINATIONS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORTISPORIN EXTERNAL CREAM (neomycin-polymyxin-hc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORTISPORIN EXTERNAL OINTMENT (bacit-poly-neo hc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (neomycin-fluocinolone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIBIOTICS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALTABAX EXTERNAL OINTMENT (retapamulin)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CENTANY AT EXTERNAL KIT (mupirocin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CENTANY EXTERNAL OINTMENT (mupirocin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin sulfate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin sulfate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mupirocin calcium external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mupirocin external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>XEPI EXTERNAL CREAM (ozenoxacin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-CATAPLECTIC AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XYREM ORAL SOLUTION (sodium oxybate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (18 mL per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020 37
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em><strong>ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlordiazepoxide-clidinium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DONNATAL ORAL ELIXIR (pb-hyoscy-atropine-scopolamine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIBRAX ORAL CAPSULE (chlordiazepoxide-clidinium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital-belladonna alk oral elixir</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pb-hyoscy-atropine-scopolamine (Phenoxyto Oral Elixir)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pb-hyoscy-atropine-scopolamine (Phenoxyto Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobazam oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobazam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clonazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clonazepam oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL (diazepam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 syringes per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL (diazepam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 syringes per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam rectal gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 syringes per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>KLONOPIN ORAL TABLET (clonazepam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NAYZILAM NASAL SOLUTION (midazolam (anticonvulsant))</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (50 mg per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONFI ORAL SUSPENSION (clobazam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONFI ORAL TABLET (clobazam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG (clobazam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 film strips per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG (clobazam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 film strip per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID (diazepam)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (10 cartons per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (diazepam)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (10 cartons per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (diazepam)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (10 cartons per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID (diazepam)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (10 cartons per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTICONVULSANTS - MISC</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (eslicarbazepine acetate)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (eslicarbazepine acetate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BANZEL ORAL SUSPENSION (rufinamide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BANZEL ORAL TABLET (rufinamide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (brivaracetam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRIVIACT ORAL SOLUTION (brivaracetam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (20 mg per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 25 MG, 50 MG (brivaracetam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRIVIACT ORAL TABLET 100 MG, 75 MG (brivaracetam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG (carbamazepine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 200 MG (carbamazepine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (carbamazepine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (5 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (stiripentol)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (12 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (stiripentol)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (stiripentol)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (8 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (stiripentol)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (6 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPIDIOLEX ORAL SOLUTION (cannabidiol)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>carbamazepine (Epitol Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FANATREX FUSEPAQ ORAL SUSPENSION (gabapentin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FINTEPLA ORAL SOLUTION (fenfluramine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (26 mg per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral capsule 100 mg, 400 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral capsule 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (72 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral tablet 600 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gabapentin oral tablet 800 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA ORAL SOLUTION (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA ORAL TABLET 250 MG (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA ORAL TABLET 500 MG (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA ORAL TABLET 750 MG (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 750 MG (levetiracetam)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL ODT ORAL KIT (lamotrigine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG (lamotrigine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 200 MG, 25 MG (lamotrigine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG (lamotrigine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG (lamotrigine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL ORAL TABLET 25 MG (lamotrigine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE (lamotrigine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL STARTER ORAL KIT (lamotrigine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL XR ORAL KIT (lamotrigine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (lamotrigine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine oral tablet dispersible 200 mg, 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam oral tablet 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levitracetam oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levitracetam oral tablet 1000 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levitracetam oral capsule 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (pregabalin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LYRICA ORAL SOLUTION (pregabalin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MYOSOLINE ORAL TABLET (primidone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEURONTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 400 MG (gabapentin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEURONTIN ORAL CAPSULE 300 MG (gabapentin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (9 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NEURONTIN ORAL SOLUTION (gabapentin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (72 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG (gabapentin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEURONTIN ORAL TABLET 800 MG (gabapentin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxcarbazepine oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxcarbazepine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (oxcarbazepine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pregabalin oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>primidone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 25 MG, 50 MG (topiramate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (topiramate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam (Roweepra Oral Tablet 1000 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam (Roweepra Oral Tablet 500 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam (Roweepra Oral Tablet 750 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam (Roweepra Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 500 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>levetiracetam (Roweepra Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 750 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (levetiracetam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (levetiracetam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 100 Mg, 150 Mg, 200 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Oral Tablet 25 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Starter Kit-Blue Oral Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Starter Kit-Green Oral Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lamotrigine (Subvenite Starter Kit-Orange Oral Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEGRETOL ORAL SUSPENSION (carbamazepine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEGRETOL ORAL TABLET (carbamazepine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (carbamazepine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOPAMAX ORAL TABLET (topiramate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (topiramate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>topiramate oral capsule sprinkle</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>topiramate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRILEPTAL ORAL SUSPENSION (oxcarbazepine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRILEPTAL ORAL TABLET (oxcarbazepine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (topiramate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION (lacosamide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIMPAT ORAL SOLUTION (lacosamide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIMPAT ORAL TABLET (lacosamide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZONEGRAN ORAL CAPSULE (zonisamide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zonisamide oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTIDEPRESSANTS - MISC.</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG (bupropion hbr)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG (bupropion hbr)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl oral tablet 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>FORFIVO XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (bupropion hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>maprotiline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-JECTOR (pramlintide acetate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-JECTOR (pramlintide acetate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIDIARRHEAL - CHLORIDE CHANNEL ANTAGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYTESI ORAL TABLET DELAYED RELEASE (crofelemer)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIDIARRHEAL AGENTS - MISC.</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROVAD ORAL CAPSULE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VSL#3 DS ORAL PACKET (probiotic product)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIDIARRHEAL COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESTORA RX ORAL CAPSULE (lactobacillus casei-folic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS - MISC.</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROVAD ORAL CAPSULE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VSL#3 DS ORAL PACKET (probiotic product)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESTORA RX ORAL CAPSULE (lactobacillus casei-folic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIDOTE COMBINATIONS AND KITS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUODOTE INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR (atropine-pralidoxime chloride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (sodium nitrite-sod thiosulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIDOTES - CHELATING AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHEMET ORAL CAPSULE (succimer)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>deferastrox oral tablet 180 mg</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>deferastrox oral tablet 360 mg, 90 mg</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>deferastrox oral tablet soluble</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE (deferasirox)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FERRIPROX ORAL SOLUTION (deferiprone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>FERRIPROX ORAL TABLET (deferiprone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>JADENU ORAL TABLET (deferasirox)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>JADENU SPINKLE ORAL PACKET (deferasirox)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PENTETATE CALCIUM TRISODIUM COMBINATION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PENTETATE ZINC TRISODIUM COMBINATION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (acetylcysteine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetylcysteine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coag fact xa inactivated-zhzo)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BAL IN OIL INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (sugammadex sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALCIUM DISODIUM VERSENATE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (hydroxocobalamin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>deferoxamine mesylate injection solution reconstituted</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (deferoxamine mesylate)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (digoxin immune fab)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fomepizole intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylene blue injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRALIDOXIME CHLORIDE INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (idarucizumab)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (pralidoxime chloride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (methylene blue (antidote))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (prussian blue insoluble)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VISTOGARD ORAL PACKET (uridine triacetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (20 packets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIDOTES***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (acetylcysteine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetylcysteine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coag fact xa inactivated-zhzo)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BAL IN OIL INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (sugammadex sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALCIUM DISODIUM VERSENATE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (hydroxocobalamin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>deferoxamine mesylate injection solution reconstituted</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (deferoxamine mesylate)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (digoxin immune fab)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fomepizole intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylene blue injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRALIDOXIME CHLORIDE INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (idarucizumab)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(pralidoxime chloride)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION <em>(methylened blue (antidote))</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RADIOGARDASE ORAL CAPSULE <em>(prussian blue insoluble)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VISTOGARD ORAL PACKET <em>(uridine triacetate)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (20 packets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIEMETIC COMBINATIONS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION <em>(fosnetupitant-palonosetron)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (5 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(fosnetupitant-palonosetron)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (5 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AKYNZEO ORAL CAPSULE <em>(netupitant-palonosetron)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (5 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE <em>(doxylamine-pyridoxine)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED RELEASE <em>(doxylamine-pyridoxine)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meclizine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>scopolamine transdermal patch 72 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION <em>(trimethobenzamide hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIGAN ORAL CAPSULE <em>(trimethobenzamide hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRANSDERM SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR <em>(scopolamine base)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR <em>(scopolamine base)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trimethobenzamide hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>dronabinol oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARINOL ORAL CAPSULE <em>(dronabinol)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNDROS ORAL SOLUTION <em>(dronabinol)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIESTROGENS*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FARESTON ORAL TABLET <em>(toremifene citrate)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOLTAMOX ORAL SOLUTION <em>(tamoxifen citrate)</em></td>
<td>2; OC; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tamoxifen citrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>toremifene citrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS)</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (caspofungin acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (anidulafungin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>micafungin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (micafungin sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE-PREP KIT V EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole-betamethasone external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole-betamethasone external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EXODERM EXTERNAL LOTION (sod thiosulfate-salicylic acd)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iodoquimiz-hc external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iodoquinol-hc-aloe polysacch external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin-triamcinolone external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin-triamcinolone external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECURA EXTERNAL CREAM (misc antifungal combo products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VUSION EXTERNAL OINTMENT (miconazole-zinc oxide-petrolat)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL COREPAK EXTERNAL KIT (ketoconazole-hydrocortisone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL DUO/HEAD &amp; SHOULDERS EXTERNAL KIT (ketoconazole &amp; pyrithione zinc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL DUO/XOLEX EXTERNAL KIT (ketoconazole &amp; pyrithione zinc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIFUNGALS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (7 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox olamine external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ciclopirox olamine external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOPROX EXTERNAL CREAM (ciclopirox olamine)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOPROX EXTERNAL SHAMPOO (ciclopirox)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LOPROX EXTERNAL SUSPENSION (ciclopirox olamine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MENTAX EXTERNAL CREAM (butenafine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>naftifine hcl external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>naftifine hcl external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NAFTIN EXTERNAL CREAM (naftifine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NAFTIN EXTERNAL GEL (naftifine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin (Nyamyc External Powder)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin external powder</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin (Nystop External Powder)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIFUNGALS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (amphotericin b lipid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (amphotericin b liposome)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amphotericin b intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANCOBON ORAL CAPSULE (flucytosine)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>BIO-STATIN ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bio-statin oral powder</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flucytosine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>griseofulvin microsize oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>griseofulvin microsize oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>griseofulvin ultramicrosize oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terbinafine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophilic factor rahf-pfm)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (antihemophil fact single chain)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ALPHANATE/VWF COMPLEX/HUMAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>(antihemophilic factor-vwf)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>(coagulation factor ix)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>(coagulation factor ix (rfixfc))</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENEFIX INTRAVENOUS KIT (coagulation factor ix (recomb))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coagulation factor x (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CORIFACT INTRAVENOUS KIT (factor xiii concentrate human)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihem fact (bdd-rfviiifc))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemoph fact rccb gpeg-exei)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antinhibitor coagulant cmlpx)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (fibrinogen concentrate (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophilic factor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophilic factor-vwf)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coagulation factor ix (rix-fp))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coagulation factor ix (recomb))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemoph fact rccb peg-aucl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KCENTRA INTRAVENOUS KIT (prothrombin complex conc human)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophilic factor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophilic factor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (antihemophilic factor (recomb))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophilic factor rahf-pfm)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MONONINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coagulation factor ix)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophil fact bd truncated)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coagulation factor via recomb)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NUWIQ INTRAVENOUS KIT (antihem fact (bdd-rfviii.sim))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihem fact (bdd-rfviii.sim))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OBIZUR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (factor ix complex)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PROFILNINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (factor ix complex)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coagulation factor ix glycopeg)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antihemophilic factor (recomb))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (fibrinogen concentrate (human))</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TRETEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (coagulation factor xiii a-sub)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (von willebrand factor (recomb))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>WILATE INTRAVENOUS KIT (antihemophilic factor-vwf)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>XYNTHA INTRAVENOUS KIT (antihemophilic factor rahf-paf)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (antihemophilic factor rahf-paf)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIHISTAMINES - ALKYLAMINES***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BROMPHENIRAMINE MALEATE INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>brompheniramine tannate oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexchlorpheniramine maleate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ryclora oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIHISTAMINES - ETHANOLAMINES***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>carbinoxamine maleate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbinoxamine maleate tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clemastine fumarate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DICOPANOL FUSEPAQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (diphenhydramine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicphen oral elixir</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diphenhydramine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diphenhydramine hcl oral elixir</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>carbinoxamine maleate</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

49
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cetirizine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLARINEX ORAL TABLET (desloratadine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>desloratadine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desloratadine oral tablet disperseble</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocetirizine dihydrochloride oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocetirizine dihydrochloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUZYTTIR INTRAVENOUS SOLUTION (cetirizine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENERGAN INJECTION SOLUTION (promethazine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl rectal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine hcl (Promethegan Rectal Suppository)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyproheptadine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyproheptadine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHISTAMINE-STEROID</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azelastine-fluticasone nasal suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>DYMISTA NASAL SUSPENSION (azelastine-fluticasone)</strong></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHYPERLIPIDEMICS - MISC.</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>omega-3-acid ethyl esters oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (icosapent ethyl)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (icosapent ethyl)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIHYPERTENSIVES - MISC.</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VECAMYL ORAL TABLET (mecamylamine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (omalizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (omalizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AEMCOLO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (rifamycin sodium)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (12 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin intramuscular solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
| Nombre del medicamento recetado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Nivel de medicamentos | Requisitos de cobertura y límite |
|---                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                       |                                    |
| **bacitracin intramuscular solution reconstituted**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 o 1b*               |                                    |
| **FIRST-METRONIDAZOLE ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (metronidazole benzoate)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 3                     |                                    |
| **FLAGYL ORAL CAPSULE (metronidazole)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3                     |                                    |
| **FLAGYL ORAL TABLET (metronidazole)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 3                     |                                    |
| **IMPAVIDO ORAL CAPSULE (miltefosine)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 3                     | PA; QL (84 capsules per 1 fill)    |
| **METRONIDAZOLE BENZO+SYRSPEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (metronidazole benzoate)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3                     |                                    |
| metronidazole in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%, 500-0.79 mg/100ml-%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 o 1b*               |                                    |
| **METRONIDAZOLE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 500-0.74 MG/100ML-%**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 3                     |                                    |
| metronidazole oral capsule                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1 o 1a*               |                                    |
| metronidazole oral tablet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 o 1a*               |                                    |
| **NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (pentamidine isethionate)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 3                     |                                    |
| pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 o 1b*               |                                    |
| pentamidine isethionate injection solution reconstituted                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 1 o 1b*               |                                    |
| **PRIMSOL ORAL SOLUTION (trimethoprim hcl)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3                     |                                    |
| tinidazole oral tablet 250 mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1 o 1b*               | PA; QL (5 tablets per 28 days)     |
| tinidazole oral tablet 500 mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 1 o 1b*               | PA; QL (1 fill per 30 days)        |
| trimethoprim oral tablet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 1 o 1a*               |                                    |
| **XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (rifaximin)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3                     | PA; QL (9 tablets per 30 days)     |
| **XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (rifaximin)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 3                     | PA; QL (126 tablet per 252 days)   |
| neomycin-polymyxin b gu irrigation solution                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 o 1b*               |                                    |
| **ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS*** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                       |                                    |
| neomycin-polymyxin b gu irrigation solution                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1 o 1b*               |                                    |
| **ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS***                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                    |
| **BACTRIM DS ORAL TABLET (sulfamethoxazole-trimethoprim)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 3                     |                                    |
| **BACTRIM ORAL TABLET (sulfamethoxazole-trimethoprim)**                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 3                     |                                    |
| sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 1 o 1b*               |                                    |
| sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1 o 1a*               |                                    |
| sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1 o 1a*               |                                    |
| sulfamethoxazole-trimethoprim (Sulfatrim Pediatric Oral Suspension)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1 o 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 o 1a**=tienen la distribución de costos más baja  **Nivel 1 or 1b**=tienen la distribución de costos más baja que los del nivel 1  **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  **$0**=medicamentos preventivos  **DO**=optimización de dosis  **LD**=distribución limitada  **PA**=autorización previa  **QL**=límites de cantidad  **SP**=medicamentos especializados  **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>ANTI-INFECTIVES - THROAT</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole mouth/throat troche</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nystatin mouth/throat suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORAVIG BUCCAL TABLET (miconazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium transdermal gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1000 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VOLTAREN TRANSDERMAL GEL (diclofenac sodium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1000 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cromolyn sodium inhalation nebulization solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTI-INFLAMMATORY COMBINATIONS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE-PREP KIT I EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE-PREP KIT II EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE-PREP KIT III EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AIF #2 DRUG PREPARATION KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AIF #3 DRUG PREPARATION KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DFS/MS/MENTH/CAP PAK COMBINATION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUAL COMPLEX FORMULA 1 KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FBL KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K.B.G.I. IN TERODERM EXTERNAL CREAM (ketoprofen-baclofen-gabap-lido)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIDOPROFEN EXTERNAL CREAM (ketoprofen-ketamine-lidocaine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NP #2 DRUG PREPARATION KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIPLE COMPLEX FORMULA 3 KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VOPAC GB EXTERNAL CREAM (ketoprofen-lido-gabapentin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VOPAC KT EXTERNAL CREAM (ketoprofen-ketamine-lidocaine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VP FC KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VP GKL KIT EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTILEPTOTICS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (thalidomide)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (thalidomide)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMALARIAL COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atovaquone-proguanil hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COARTEM ORAL TABLET (artemether-lumefantrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

52
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MALARONE ORAL TABLET (atovaquone-proguanil hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMALARIALS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARAKODA ORAL TABLET (tafenoquine succinate)</td>
<td>3</td>
<td>(QL (56 tablets per 1 year))</td>
</tr>
<tr>
<td>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>(QL (16 tablets per 1 fill))</td>
</tr>
<tr>
<td>chloroquine phosphate oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>(QL (8 tablets per 1 fill))</td>
</tr>
<tr>
<td>DARAPRIM ORAL TABLET (pyrimethamine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxychloroquine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>(QL (16 tablets per 1 fill))</td>
</tr>
<tr>
<td>KRINTAFL ORAL TABLET (tafenoquine succinate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>mefloquine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>(QL (5 tablets per 28 days))</td>
</tr>
<tr>
<td>PLAGUENIL ORAL TABLET (hydroxychloroquine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (16 tablets per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyrimethamine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>QUALAQUIN ORAL CAPSULE (quinine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (60 capsule per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>quinine sulfate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (60 capsule per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMANIC AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LITHIUM ORAL SOLUTION</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (lithium carbonate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMETABOLITES</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (pemetrexed disodium)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (nelarabine)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>azacitidine injection suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>capecitabine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>cladribine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>clofarabine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CLOLAR INTRAVENOUS SOLUTION (clofarabine)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>cytarabine (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>cytarabine injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DACOGEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (decitabine)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>decitabine intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>fludarabine phosphate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>fluorouracil intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FOLOTYN INTRAVENOUS SOLUTION (pralatrexate)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GEMCITABINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>INFUGEM INTRAVENOUS SOLUTION (gemcitabine hcl-nacl)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>mercaptopurine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PURIXAN ORAL SUSPENSION (mercaptopurine)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>TABLOID ORAL TABLET (thioguanine)</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TREXALL ORAL TABLET (methotrexate sodium)</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIDAZA INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (azacitidine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>XATMEP ORAL SOLUTION (methotrexate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>XELODA ORAL TABLET (capecitabine)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMYASTHENIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (neostigmine methylsulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIRDAPSE ORAL TABLET (amifampridine phosphate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (8 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GUANIDINE HCL ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>MESTINON ORAL SOLUTION (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MESTINON ORAL TABLET (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RUZURGI ORAL TABLET (amifampridine)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (10 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (neostigmine methylsulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FIRDAPSE ORAL TABLET (amifampridine phosphate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (8 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GUANIDINE HCL ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MESTINON ORAL SOLUTION (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MESTINON ORAL TABLET (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide or oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridostigmine bromide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (pyridostigmine bromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RUZURGI ORAL TABLET (amifampridine)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (10 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAPASTAT SULFATE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (capreomycin sulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cycloserine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethambutol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoniazid injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoniazid oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoniazid oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYAMBUTOL ORAL TABLET (ethambutol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYCOBUTIN ORAL CAPSULE (rifabutin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PASER ORAL PACKET (aminosalicylic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRETOMANID ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRIFTIN ORAL TABLET (rifapentine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyrazinamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rifabutin oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIFADIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (rifampin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIFADIN ORAL CAPSULE (rifampin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rifampin intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rifampin oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIFAMPIN+SYRSPEND SF ORAL SUSPENSION (rifampin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SIRTURO ORAL TABLET (bedaquiline fumarate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRECATOR ORAL TABLET (ethionamide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROVENGE INTRAVENOUS SUSPENSION (sipuleucel-t)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>BRAFTOVI ORAL CAPSULE (encorafenib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TAFINLAR ORAL CAPSULE (dabrafenib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZELBORAF ORAL TABLET (vemurafenib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (glasdegib maleate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (glasdegib maleate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ERIVEDGE ORAL CAPSULE (vismodegib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ODOMZO ORAL CAPSULE (sonidegib phosphate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (belinostat)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FARYDAK ORAL CAPSULE (panobinostat lactate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ISTODAX (OVERFILL) INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (romidepsin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ROMIDEPSIN INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOLINZA ORAL CAPSULE</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG (pomalidomide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>POMALYST ORAL CAPSULE 2 MG (pomalidomide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG (pomalidomide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COTELLIC ORAL TABLET (cobimetinib fumarate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG (selumetinib sulfate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

56
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG (selumetinib sulfate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEKINIST ORAL TABLET 2 MG (trametinib dimethyl sulfoxide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEKTOVI ORAL TABLET (binimetinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTINEOPLASTIC - MONOCLONAL ANTIBODIES*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (ofatumumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (avelumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CAMPATH INTRAVENOUS SOLUTION (alemtuzumab)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION (daratumumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (elotuzumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ERBITUX INTRAVENOUS SOLUTION (cetuximab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (obinutuzumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (trastuzumab)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (trastuzumab-pkrb)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (durvalumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (trastuzumab-anns)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (pembrolizumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>LARTRUVO INTRAVENOUS SOLUTION (olaratumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (cemiplimab-rlc)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>LUMOXITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (moxetumomab pasudotox-idfk)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (trastuzumab-dkst)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (trastuzumab-dtb)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (nivolumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION (pertuzumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PORTRAZZA INTRAVENOUS SOLUTION (nectumumab)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>POTELIGEO INTRAVENOUS SOLUTION (mogamulizumab-kpc)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION (rituximab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION (rituximab-pvvr)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION (isatuximab-irfc)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML (atezolizumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 vial per 21 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 840 MG/14ML (atezolizumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (trastuzumab-gyp)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION (rituximab-abbs)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (dinutuximab)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>VECTIBIX INTRAVENOUS SOLUTION (panitumumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (ipilimumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE (everolimus)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>AFINITOR ORAL TABLET 10 MG (everolimus)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG (everolimus)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>everolimus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>temsirolimus intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (temsirolimus)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXAVAR ORAL TABLET (sorafenib tosylate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RYDAPT ORAL CAPSULE (midostaurin)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>STIVARGA ORAL TABLET (regorafenib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG (sunitinib malate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUTENT ORAL CAPSULE 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (sunitinib malate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC - PROTEASOME INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BORTEZOMIB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (carfilzomib)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NINLARO ORAL CAPSULE (ixazomib citrate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 capsule per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (bortezomib)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC - TYROSINE KINASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALECENSA ORAL CAPSULE (alectinib hcl)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (8 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG (brigatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG (brigatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALUNBRIG ORAL TABLET 90 MG (brigatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK (brigatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 pack per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AYVAKIT ORAL TABLET (avapritinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (bosutinib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (bosutinib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BRUKINSA ORAL CAPSULE (zanubrutinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per capsule)</td>
</tr>
<tr>
<td>CABOMETYX ORAL TABLET (cabozantinib s-malate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CALQUENCE ORAL CAPSULE (acalabrutinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (vandetanib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (vandetanib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (cabozantinib s-malate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (cabozantinib s-malate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (cabozantinib s-malate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLEEVEC ORAL CAPSULE 100 MG (imatinib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLEEVEC ORAL CAPSULE 400 MG (imatinib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG (ibrutinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG (ibrutinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMBRUVICA ORAL TABLET (ibrutinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>IRESA ORAL TABLET (gefitinib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (lenvatinib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (30 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK (lenvatinib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 pack per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (60 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(lenvatinib mesylate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 pack per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(lenvatinib mesylate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (60 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(lenvatinib mesylate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (90 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(lenvatinib mesylate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (30 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(lenvatinib mesylate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 pack per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(lenvatinib mesylate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LORBRENA ORAL TABLET 100 MG (lorlatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LORBRENA ORAL TABLET 25 MG (lorlatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NERLYNX ORAL TABLET (neratinib maleate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>QINLOCK ORAL TABLET (ripretinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RETEVMO ORAL CAPSULE (selpercatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SPRYCEL ORAL TABLET (dasatinib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TABRECTA ORAL TABLET (capmatinib hcl)</td>
<td>3; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG (osimertinib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TAGRISSO ORAL TABLET 80 MG (osimertinib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (erlotinib hcl)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TARCEVA ORAL TABLET 25 MG (erlotinib hcl)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TASIGNA ORAL CAPSULE (nilotinib hcl)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TUKYSA ORAL TABLET (tucatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TURALIO ORAL CAPSULE (pexidartinib hcl)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TYKERB ORAL TABLET (lapatinib ditosylate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIZIMPRO ORAL TABLET (dacominib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VOTRIENT ORAL TABLET (pazopanib hcl)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XALKORI ORAL CAPSULE (crizotinib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XOSPATA ORAL TABLET (gilteritinib fumarate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYKADIA ORAL TABLET (ceritinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VALCHLOR EXTERNAL GEL (mechlorethamine hcl (topical))</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (1 tube per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC ANTIBIOTICS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxorubicin hcl (Adriamycin Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>adriamycin intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>bleomycin sulfate injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>COSMEGEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (dactinomycin)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>dactinomycin intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DAUNORUBICIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DOXIL INTRAVENOUS INJECTABLE (doxorubicin hcl liposomal)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>doxorubicin hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION (epirubicin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>epirubicin hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION (idarubicin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>idarubicin hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED (mitomycin)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>mitomycin intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>mitoxantrone hcl intravenous concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>mitomycin (Mutamycin Intravenous Solution Reconstituted)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>valrubicin intravesical solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (valrubicin)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (ibritumomab tiuxetan for y-90)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (brentuximab vedotin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (inotuzumab ozogamicin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (fam-trastuzumab deruxte-c-nks)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ado-trastuzumab emtansine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (gemtuzumab ozogamicin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (enfortumab vedotin-ejfv)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (polatuzumab vedotin-piiq)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (sacituzumab govitecan-hziy)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CARAC EXTERNAL CREAM (fluorouracil)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 gm per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EFUDEX EXTERNAL CREAM (fluorouracil)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (40 gm per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUOROPLEX EXTERNAL CREAM (fluorouracil)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (60 gm per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluorouracil external cream 0.5 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (30 gm per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluorouracil external cream 5 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (40 gm per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluorouracil external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 mL per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOLAK EXTERNAL CREAM (fluorouracil)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (40 gm per 365 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (daratumumab-hyaluronidase-fihj)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (trastuzumab-hyaluronidase-oysk)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib-letrozole)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (0.04 unit per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib-letrozole)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (0.04 unit per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib-letrozole)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (0.04 unit per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LONSURF ORAL TABLET (trifluridine-tipiracil)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (rituximab-hyaluronidase human)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (daunorubicin-cytarabine lipo)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTINEOPLASTIC ENZYMES*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (calaspargase pegol-mknl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ERWINAZE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (asparaginase erwinia chrysanth)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>ONCASPAR INJECTION SOLUTION (pegaspargase)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL MISC.</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PICATO EXTERNAL GEL 0.015 % (ingenol mebutate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3 tube per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PICATO EXTERNAL GEL 0.05 % (ingenol mebutate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tube per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium transdermal gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (300 gm per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZEDRA DOSIMETRIC INTRAVENOUS SOLUTION (iobenguane i 131)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>AZEDRA THERAPEUTIC INTRAVENOUS SOLUTION (iobenguane i 131)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (lutetium lu 177 dotatate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>QUADRAMET INTRAVENOUS SOLUTION (samarium sm 153 lexidronan)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (radium ra 223 dichloride)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PANRETIN EXTERNAL GEL (alitretinoin)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTICS - INTERLEUKINS</em>** - DRUGS FOR CANCERN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELZONRIS INTRAVENOUS SOLUTION (tagraxofusp-erzs)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (aldesleukin)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTICS - PHOTOACTIVATED AGENTS</em>** - DRUGS FOR CANCERN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHOTOFRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (porfimer sodium)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTICS MISC.</em>** - DRUGS FOR CANCERN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION (interferon gamma-1b)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ALFERON N INJECTION SOLUTION (interferon alfa-n3)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>arsenic trioxide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>dacarbazine intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDREA ORAL CAPSULE (hydroxyurea)</td>
<td>3; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyurea oral capsule</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTRON A INJECTION SOLUTION (interferon alfa-2b)</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (interferon alfa-2b)</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MATULANE ORAL CAPSULE (procarbazine hcl)</td>
<td>2; OC</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (pentostatin)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNIRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (omacetaxine mepesuccinate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>TICE BCG INTRAVESICAL SUSPENSION RECONSTITUTED (bcg live)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (arsenic trioxide)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benztropine mesylate injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benztropine mesylate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COGENTIN INJECTION SOLUTION (benztropine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trihexyphenidyl hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trihexyphenidyl hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amantadine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>amantadine hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amantadine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bromocriptine mesylate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bromocriptine mesylate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (amantadine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (amantadine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; DO; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>INBRIJA INHALATION CAPSULE (levodopa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (5 kits per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>OSMOLEX ER ORAL TABLET ER 24 HOUR THERAPY PACK (amantadine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 129 MG (amantadine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; DO; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>OSMOLEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 193 MG, 258 MG (amantadine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PARLODEL ORAL CAPSULE (bromocriptine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PARLODEL ORAL TABLET (bromocriptine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIPARKINSON MONOAmine OXIDASE INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZILECT ORAL TABLET (rasagiline mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rasagiline mesylate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selegiline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selegiline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>XADAGO ORAL TABLET 100 MG</strong> (safinamide mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>XADAGO ORAL TABLET 50 MG</strong> (safinamide mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE</strong> (selegiline hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTIPERISTALTIC AGENTS***

- **diphenoxylate-atropine oral liquid** | 1 or 1b* |
- **diphenoxylate-atropine oral tablet** | 1 or 1b* |
- **LOMOTIL ORAL TABLET** (diphenoxylate-atropine) | 3 |
- **loperamide hcl oral capsule** | 1 or 1b* |
- **MOTOFEN ORAL TABLET** (difenoxin-atropine) | 3 |

*ANTIPROTOZOAL AGENTS***

- **ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED** (nitazoxanide) | 3 |
- **ALINIA ORAL TABLET** (nitazoxanide) | 3 |
- **atovaquone oral suspension** | 1 or 1b* |
- **MEPRON ORAL SUSPENSION** (atovaquone) | 3 |

*ANTIPRURITICS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN

- **doxepin hcl external cream** | 1 or 1b* |
- **PRUDOXIN EXTERNAL CREAM** (doxepin hcl (antipruritic)) | 3 |
- **ZONALON EXTERNAL CREAM** (doxepin hcl (antipruritic)) | 3 |

*ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC*** - DRUGS FOR THE SKIN

- **acitretin oral capsule** | 1 or 1b* |
- **COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE** (secukinumab) | 4 |
- **COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR** (secukinumab) | 4 |
- **COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR** (secukinumab) | 4 |
- **COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE** (secukinumab) | 4 |
- **methoxsalen rapid oral capsule** | 1 or 1b*; OC |
- **OXSORALEN ULTRA ORAL CAPSULE** (methoxsalen rapid) | 3; OC |
- **SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE** (brodalumab) | 5 |
- **SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT** (risankizumab-rlzaa) | 4 |
- **SORIATANE ORAL CAPSULE** (acitretin) | 3 |
- **STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION** (ustekinumab) | 4 |

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (ustekinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (ixekizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 auto-injector per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (ixekizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TREMFLYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (guselkumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 47 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TREMFLYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (guselkumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 47 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*ANTIPSORIATICS*** - DRUGS FOR THE SKIN

calcipotriene external cream 1 or 1b* | QL (120 grams per 30 days) |
calcipotriene external ointment 1 or 1b* | QL (120 grams per 30 days) |
calcipotriene external solution 1 or 1b* | QL (60 mL per 30 days) |
calcipotriene (Calcitrene External Ointment) 1 or 1b* | QL (120 grams per 30 days) |
calcitriol external ointment 1 or 1b* | QL (800 grams per 28 days) |

DOVONEX EXTERNAL CREAM (calcipotriene) 3 | QL (120 grams per 30 days) |

SORILUX EXTERNAL FOAM (calcipotriene) 3 | QL (120 grams per 30 days) |
tazarotene external cream 1 or 1b* | QL (30 grams per 30 days) |

Tazorac external cream 0.05 % (tazarotene) 2 | QL (30 grams per 30 days) |

Tazorac external cream 0.1 % (tazarotene) 3 | ST; QL (30 grams per 30 days) |

Tazorac external gel 0.05 % (tazarotene) 2 | QL (30 grams per 30 days) |

Tazorac external gel 0.1 % (tazarotene) 2 | |

VECTICAL EXTERNAL OINTMENT (calcitriol) 3 | QL (800 grams per 28 days) |

*ANTIPSYCHOTICS - MISC.***

CPLYTA ORAL CAPSULE (lamateperone tosylate) 3 | ST; QL (1 capsule per 1 day) |

EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (carbamazepine (antipsychotic)) 3 | QL (8 capsules per 1 day) |

EQUETRO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (carbamazepine (antipsychotic)) 3 | QL (5 capsules per 1 day) |

GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (ziprasidone mesylate) 2 | |

GEODON ORAL CAPSULE (ziprasidone hcl) 3 | ST |

LATUDA ORAL TABLET (lurasidone hcl) 3 | |

NUPLAZID ORAL CAPSULE (pimavanserin tartrate) 5 | PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day) |

NUPLAZID ORAL TABLET (pimavanserin tartrate) 5 | PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day) |

Vraylar oral capsule (cariprazine hcl) 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 alta que los del nivel 1 Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 4=tienen un costo compartido más alta que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK <em>(cariprazine hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ziprasidone hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ATRIPLA ORAL TABLET <em>(efavirenz-emtricitab-tenofovir)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BIKTARVY ORAL TABLET <em>(bictegravir-emtricitab-tenofov)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CIMDUO ORAL TABLET <em>(lamivudine-tenofovir)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMBIVIR ORAL TABLET <em>(lamivudine-zidovudine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMPLERA ORAL TABLET <em>(emtricitab-riplevir-tenofovir)</em></td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DELSTRIGO ORAL TABLET <em>(doravirin-lamivudin-tenofov df)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DESCOVY ORAL TABLET <em>(emtricitabine-tenofovir af)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DOVATO ORAL TABLET <em>(doltegravir-lamivudine)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPZICOM ORAL TABLET <em>(abacavir sulfate-lamivudine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EVOTAZ ORAL TABLET <em>(atazanavir-cobicistat)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENVOYA ORAL TABLET <em>(elviteg-cobic-emtricit-tenoaf)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JULUCA ORAL TABLET <em>(doltegravir-rilpivirine)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KALETRA ORAL SOLUTION <em>(lopinavir-ritonavir)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG <em>(lopinavir-ritonavir)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (10 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG <em>(lopinavir-ritonavir)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine-zidovudine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lopinavir-ritonavir oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ODEFSEY ORAL TABLET <em>(emtricitab-riplivir-tenofov af)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREZCOBIX ORAL TABLET <em>(darunavir-obicistat)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>STRIBILD ORAL TABLET <em>(elviteg-cobic-emtricit-tenodff)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMFI LO ORAL TABLET <em>(efavirenz-lamivudine-tenofovir)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMFI ORAL TABLET <em>(efavirenz-lamivudine-tenofovir)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMITUZA ORAL TABLET <em>(darun-cobic-emtricit-tenoaf)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMIXYS ORAL TABLET <em>(lamivudine-tenofovir)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIUMEQ ORAL TABLET <em>(abacavir-doltegravir-lamivud)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIZIVIR ORAL TABLET <em>(abacavir-lamivudine-zidovudine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG <em>(emtricitabine-tenofovir df)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUVADA ORAL TABLET 200-300 MG <em>(emtricitabine-tenofovir df)</em></td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL SOLUTION (maraviroc)</td>
<td>3</td>
<td>QL (62 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (maraviroc)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG (maraviroc)</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG (maraviroc)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 100 MG</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELZENTRY ORAL TABLET 200 MG</td>
<td>2</td>
<td>QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR)***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MARCA=medicamento de marca</td>
<td>genéricos=medicamento de nombre genérico</td>
<td><em>Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles. Nivel 1 or 1a</em>=tienen la distribución de costos más baja. Nivel 1 or 1b*=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1. Nivel 2=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2. Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados. Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida. $0=medicamentos preventivos. DO=optimización de dosis. LD=distribución limitada. PA=autorización previa. QL=límites de cantidad. SP=medicamentos especializados. ST=terapia escalonada.</td>
</tr>
<tr>
<td>Nombre del medicamento recetado</td>
<td>Nivel de medicamentos</td>
<td>Requisitos de cobertura y límite</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------</td>
<td>-----------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (darunavir ethanolate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REYATAZ ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG (atazanavir sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG (atazanavir sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REYATAZ ORAL PACKET (atazanavir sulfate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (5 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ritonavir oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (nelfinavir mesylate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (10 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (nelfinavir mesylate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EDURANT ORAL TABLET (rilpivirine hcl)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>efavirenz oral capsule 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>efavirenz oral capsule 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>efavirenz oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (etravirine)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (etravirine)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (etravirine)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (16 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (40 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nevirapine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PIFELTRO ORAL TABLET (doravirine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUSTIVA ORAL CAPSULE 200 MG (efavirenz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUSTIVA ORAL CAPSULE 50 MG (efavirenz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (12 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUSTIVA ORAL TABLET (efavirenz)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRAMUNE ORAL SUSPENSION (nevirapine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (40 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRAMUNE ORAL TABLET (nevirapine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRAMUNE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (nevirapine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir sulfate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (32 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>abacavir sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>didanosine oral capsule delayed release 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>didanosine oral capsule delayed release 250 mg, 400 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZIAGEN ORAL SOLUTION (abacavir sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (32 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZIAGEN ORAL TABLET (abacavir sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMTRIVA ORAL CAPSULE (emtricitabine)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMTRIVA ORAL SOLUTION (emtricitabine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (29 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPIVIR ORAL SOLUTION (lamivudine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (32 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPIVIR ORAL TABLET 150 MG (lamivudine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPIVIR ORAL TABLET 300 MG (lamivudine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (32 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine oral tablet 150 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine oral tablet 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (zidovudine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RETROVIR ORAL CAPSULE (zidovudine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RETROVIR ORAL SYRUP (zidovudine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (64 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>stavudine oral capsule 30 mg, 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZERIT ORAL CAPSULE (stavudine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zidovudine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zidovudine oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (64 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zidovudine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIREAD POWDER (tenofovir disoproxil fumarate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (tenofovir disoproxil fumarate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIREAD ORAL TABLET 300 MG (tenofovir disoproxil fumarate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OLMUANT ORAL TABLET 1 MG (baricitinib)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OLMUANT ORAL TABLET 2 MG (baricitinib)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (upadacitinib)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XELJANZ ORAL TABLET (tofacitinib citrate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG (tofacitinib citrate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG (tofacitinib citrate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (methotrexate (anti-rheumatic))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (4 auto-injector per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (methotrexate (anti-rheumatic))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 auto-injector per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTISEBORRHEIC COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROMISEB EXTERNAL CREAM (antiseborrheic products, misc.)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SODIUM SULFACETAMIDE WASH EXTERNAL LIQUID</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTISEBORRHEIC PRODUCTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OVACE WASH EXTERNAL LIQUID (sulfacetamide sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selenium sulfide external lotion</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>selenium sulfide external shampoo</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium sulfacetamide external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium external liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTISEPTIC COMBINATIONS - MOUTH/THROAT</strong>* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEBACTEROL MOUTH/THROAT SOLUTION (sulfuric acid-sulf phenolics)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTISEPTICS - MOUTH/THROAT</strong>* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>chlorhexidine gluconate (Paroex Mouth/Throat Solution)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PERIDEX MOUTH/THROAT SOLUTION (chlorhexidine gluconate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>chlorhexidine gluconate (Periogard Mouth/Throat Solution)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (16 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTISEPTICS &amp; DISINFECTANTS</strong>* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FORMALDEHYDE EXTERNAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GLUTARALDEHYDE EXTERNAL SOLUTION</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTISPASMODICS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENKTAL INTRAMUSCULAR SOLUTION (dicyclomine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dicyclomine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTITHYROID AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methimazole oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>propylthiouracil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAPAZOLE ORAL TABLET (methimazole)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML &amp; 40MG/0.4ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(adalimumab)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML &amp; 40MG/0.4ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
| MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 o 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 o 1b*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 2=tienden a una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienden a un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 4=tienden a un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 5=tienden a la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=limite de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada  En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML &amp; 40 MG/0.4 ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1 ML, 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 EA per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML (adalimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (golimumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTITOXINS-ANTIVENINS*** - BIOLOGICAL AGENTS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ANASCORP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (centruroides (scorpion) im fab)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANAVIP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (crotalidae immune fab (equine))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CROFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (crotalidae polyval immune fab)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>benzonatate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TESSALON PERLES ORAL CAPSULE (benzonatate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTITUSSIVE - OPIOID***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>hydrocodone-homatropine oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-homatropine oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydromet oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**ANTITUSSIVE-EXPECTORANT***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>cheratussin ac oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CODITUSSIN AC ORAL LIQUID</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>g tussin ac oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>guaiatussin ac oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>guaifenesin ac oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>guaifenesin-codeine oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID (guaifenesin-codeine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>maxi-tuss ac oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M-CLEAR WC ORAL SOLUTION</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>NINJACOF-XG ORAL LIQUID</strong> (guaifenesin-codeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trymine cg oral liquid</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virtussin a/c oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virtussin ac w/alc oral liquid</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GILTUSS TR ORAL TABLET (phenylephrine-dm-gg)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TUSNEL C ORAL SYRUP (pseudoephedrine-codeine-gg)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virtussin dac oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIVIRAL MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (palivizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XERESE EXTERNAL CREAM (acyclovir-hydrocortisone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (5 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIVIRALS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acyclovir external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (5 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>acyclovir external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DENAVIR EXTERNAL CREAM (penciclovir)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (5 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (acyclovir)</td>
<td>3</td>
<td>QL (30 gm per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>AROMATASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>anastrozole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ARIMIDEX ORAL TABLET (anastrozole)</td>
<td>3; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AROMASIN ORAL TABLET (exemestane)</td>
<td>3; OC</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>exemestane oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FEMARA ORAL TABLET (letrozole)</td>
<td>3; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>letrozole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ARTICULAR CARTILAGE REPAIR THERAPY</em>** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARTICEL INTRA-ARTICULAR IMPLANT (autologous culture chondrocyte)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ASSORTED CLASSES</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXAVIR INJECTION SOLUTION (liver derivative complex)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENOL INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ASTRINGENTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XERAC AC EXTERNAL SOLUTION (aluminum chloride in alcohol)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
### Nombre del medicamento recetado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>AZITHROMYCIN</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 packets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 packets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (15 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (15 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral tablet 250 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azithromycin oral tablet 600 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX ORAL PACKET (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 packets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/SML (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (15 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 200 MG/5ML (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (15 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX ORAL TABLET 250 MG (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX ORAL TABLET 500 MG (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>BACTERIAL VACCINES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (haemophilus b polysac conj vac)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BCG VACCINE INJECTION INJECTABLE</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (meningococcal b recomb omv adj)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (anthrax vaccine adsorbed)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (haemophilus b polysac conj vac)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE (meningococcal a c y&amp;w-135 conj)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (meningococcal a c y&amp;w-135 olig)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (haemophilus b polysac conj vac)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNEUMOVAX 23 INJECTION INJECTABLE (pneumococcal vac polyvalent)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVNAR 13 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (pneumococcal 13-val conj vacc)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (meningococcal b vac (recomb))</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (typhoid vi polysaccharide vacc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (cholera vac live attenuated)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (typhoid vaccine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BARBITURATE ANESTHETICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (methohexital sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHOHEXITAL SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BARBITURATE HYPNOTICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMYTAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (amobarbital sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEMBUTAL INJECTION SOLUTION (pentobarbital sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pentobarbital sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital oral elixir</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital oral tablet 32.4 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12.4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>phenobarbital sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SECONAL ORAL CAPSULE (secobarbital sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX VITAMINS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-b12 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B-COMPLEX INJECTION INJECTABLE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex/b-12 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pa b-complex with b-12 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra b-complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra b-complex with b-12 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b-complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin-b complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C &amp; CALCIUM</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp b-complex plus vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>qc b-complex/vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C &amp; FOLIC ACID</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex balanced oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex/vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-plex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Dexifol Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dialyvite 800 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Dialyvite Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql super b complex/vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folbee plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm super vitamin b complex/c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hylavite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kp b complex-c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mynephrocaps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (My nephron Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nephro vitamins oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px b complex/vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>renal multivitamin formula oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c-folic acid (Renal Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>renal vitamin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>renal-vite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rena-vite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>reno caps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm b super vitamin complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stress formula oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super b complex/fa/vit c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super b-complex/vit c/fa oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triphrocaps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virt-caps oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITALINE BIOTIN FORTE ORAL TABLET (b complex-c-folic acid)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WEST-VITE W/FOLIC ACID ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allbee/c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex-c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>better b complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs b complex plus c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs super b complex/c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm b complex/c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm super b complex/c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super b complex/vitamin c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>total b/c oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b + c complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-D-ZINC &amp; FOLIC ACID</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITAL-D RX ORAL TABLET (b complex-c-biotin-d-zinc-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E &amp; FOLIC ACID</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RENATABS ORAL TABLET (b complex-c-biotin-e-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E-FOLIC ACID &amp; IRON</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RENATABS WITH IRON ORAL (b complex-c-biotin-e-fa cbn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E-MINERALS &amp; FOLIC ACID</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIALYVITE 3000 ORAL TABLET (b complex-c-biotin-e-min-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIALYVITE 5000 ORAL TABLET (b complex-c-biotin-e-min-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ C-ZN &amp; FOLIC ACID</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET (b complex-c-zn-folic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEPHPLEX RX ORAL TABLET (b complex-c-zn-folic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-COMPLEX W/ FOLIC ACID</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex formula 1 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b complex plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kobee oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm balanced b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm balanced b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>super b complex maxi oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**B-COMPLEX W/ LYSINE-MIN-FE & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>NUTRIVIT ORAL LIQUID (b complex-lysine-min-fe-fa)</th>
<th>2</th>
</tr>
</thead>
</table>

**B-COMPLEX W/ LYSINE-ZN & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>SUPERVITE ORAL LIQUID (b complex-lysine-zn-fa)</th>
<th>3</th>
</tr>
</thead>
</table>

**B-COMPLEX W/BIOTIN & FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>b complete oral tablet</th>
<th>1 or 1b*; $0</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>b complex 100 tr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b complex-biotin-fa oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b-100 b-complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b-100 complex cr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b-100 tr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b-50 complex oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b50 complex tr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>balance b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>balanced b complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>balanced b-100 oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b-compleet-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b-compleet-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>big 100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>complex b-50 prolonged release oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>endur-b oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>eql b complex 50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>eql b-100 complex oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>extress oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>extress-super oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>gnp b-100 complex oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>gnp b-50 balanced oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>gnp b-50 complex oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>hm vitamin b100 complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>hm vitamin b50 complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
<tr>
<td>poten b-150 cr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

79
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>qc b50 prolonged release oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quin b strong b-25 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra balanced b-100 cr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra balanced b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra balanced b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra balanced b-50 tr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm b100 complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm b-complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super b-complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super dec b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super quints b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b50 complex oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>yl balanced b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**BELLADONNA ALKALOIDS***

| ANASPAZ ORAL TABLET DISPERSIBLE (hyoscyamine sulfate)                  | 3                     |                                 |
| ATROPEN INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR (atropine sulfate)        | 3                     |                                 |
| atropine sulfate injection solution 0.4 mg/ml, 1 mg/ml                | 1 or 1b*              |                                 |
| ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION 8 MG/20ML                          | 3                     |                                 |
| atropine sulfate injection solution prefilled syringe                  | 1 or 1b*              |                                 |
| ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE                 | 3                     |                                 |
| hyoscyamine sulfate er oral tablet extended release 12 hour            | 1 or 1b*              |                                 |
| hyoscyamine sulfate oral tablet                                        | 1 or 1b*              |                                 |
| hyoscyamine sulfate oral tablet dispersible                             | 1 or 1b*              |                                 |
| hyoscyamine sulfate sl sublingual tablet sublingual                     | 1 or 1b*              |                                 |
| hyoscyamine sulfate sublingual tablet sublingual                        | 1 or 1b*              |                                 |

**BENZATHIAZOLES*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES

| RILUTEK ORAL TABLET (riluzole)                                         | 5                     | SP; QL (4 tablets per 1 day)   |
| riluzole oral tablet                                                  | 4                     | SP; QL (4 tablets per 1 day)   |
| TIGLUTIK ORAL SUSPENSION (riluzole)                                   | 5                     | LD                              |

**BENZISOXAZOLES***

| FANAPT ORAL TABLET (iloperidone)                                       | 3                     | ST                              |
| FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (iloperidone)                        | 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 alta que los del nivel 1  Nivel 2* tienen un costo compartido más alto que los del nivel 2  Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (paliperidone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (paliperidone palmitate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (paliperidone palmitate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (risperidone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (risperidone microspheres)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RISPERDAL ORAL SOLUTION (risperidone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RISPERDAL ORAL TABLET (risperidone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>risperidone oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>risperidone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>risperidone oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flumazenil intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BENZODIAZEPINE HYPNOTICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DORAL ORAL TABLET (quazepam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>estazolam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>flurazepam hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HALCION ORAL TABLET (triazolam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIDAZOLAM HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>midazolam hcl oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIDAZOLAM+SYRSPEND SF ORAL SUSPENSION (midazolam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIDAZOLAM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RESTORIL ORAL CAPSULE (temazepam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>temazepam oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triazolam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>BENZODIAZEPINES &amp; TRICYCLIC AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BENZODIAZEPINES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alprazolam er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALPRAZOLAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE (alprazolam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alprazolam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alprazolam oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ATIVAN INJECTION SOLUTION (lorazepam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATIVAN ORAL TABLET (lorazepam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>chlordiazepoxide hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clorazepate dipotassium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam (Diazepam Intensol Oral Concentrate)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (8 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIAZEPAM INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam oral concentrate</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (8 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam (Lorazepam Intensol Oral Concentrate)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lorazepam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxazepam oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRANXENE-T ORAL TABLET (clorazepate dipotassium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALIUM ORAL TABLET (diazepam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XANAX ORAL TABLET (alprazolam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (alprazolam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA ADRENERGICS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate inhalation nebulization solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albuterol sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARCAPTA NEOHALER INHALATION CAPSULE (indicaterol maleate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (arformoterol tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (60 vial per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>isoproterenol hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ISUPREL INJECTION SOLUTION (isoproterenol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levalbuterol tartrate inhalation aerosol</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>metaproterenol sulfate oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (formoterol fumarate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (120 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROAIR DIGIHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROAIR HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (albuterol sulfate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROVENTIL HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (albuterol sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>(salmeterol xinafoate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (olodaterol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>terbutaline sulfate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terbutaline sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (albuterol sulfate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>XOPENEX CONCENTRATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (levalbuterol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL (levalbuterol tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>XOPENEX INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (levalbuterol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BETA BLOCKER &amp; DIURETIC COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atenolol-chlorthalidone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUTOPROL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (metoprolol-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOPRESSOR HCT ORAL TABLET (metoprolol-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol-hctz oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TENORETIC 100 ORAL TABLET (atenolol-chlorthalidone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

83
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TENORETIC 50 ORAL TABLET <em>(atenolol-chlorthalidone)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZIAC ORAL TABLET <em>(bisoprolol-hydrochlorothiazide)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acebutolol hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atenolol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATENOLOL+SYRSPEND SF ORAL SUSPENSION <em>(atenolol)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betaxolol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bisoprolol fumarate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION <em>(esmolol hcl-sodium chloride)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION <em>(esmolol hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION <em>(esmolol hcl-sodium chloride)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION <em>(esmolol hcl-sodium chloride)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG <em>(nebivolol hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG <em>(nebivolol hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESMOLOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/100ML, 2500 MG/250ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIRST - METOPROLOL ORAL SOLUTION <em>(metoprolol tartrate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRinkle 100 MG, 25 MG, 50 MG <em>(metoprolol succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRinkle 200 MG <em>(metoprolol succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOPRESSOR ORAL TABLET 100 MG <em>(metoprolol tartrate)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOPRESSOR ORAL TABLET 50 MG <em>(metoprolol tartrate)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate intravenous solution cartridge</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TENORMIN ORAL TABLET <em>(atenolol)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR <em>(metoprolol succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BETAPACE AF ORAL TABLET (sotalol hcl af)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BETAPACE ORAL TABLET (sotalol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORGAARD ORAL TABLET (nadolol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEMANGEOL ORAL SOLUTION (propranolol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (propranolol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (propranolol hcl sr beads)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (propranolol hcl sr beads)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nadolol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pindolol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propranolol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sotalol hcl (Sorine Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sotalol hcl (af) oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOTYLIZE ORAL SOLUTION (sotalol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>timolol maleate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (mirabegron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (brimonidine tartrate-timolol)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION (dorzolamide hcl-timolol mal)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION (dorzolamide hcl-timolol mal)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betaxolol hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION (timolol hemihydrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (betaxolol hcl)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carteolol hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION (timolol maleate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levobunolol hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>timolol maleate ophthalmic gel forming solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>timolol maleate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION (timolol maleate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIMOPTIC OPHTHALMIC SOLUTION (timolol maleate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIMOPTIC-XE OPHTHALMIC GEL FORMING SOLUTION (timolol maleate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*BICARBONATES*** - DRUGS FOR NUTRITION

| SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML                      | 3                    |                                 |
| sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml                      | 1 or 1b*             |                                 |
| sodium bicarbonate intravenous solution                           | 1 or 1b*             |                                 |
| SODIUM BICARBONATE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION                  | 3                    |                                 |

*BIGUANIDES***

| FORTAMET ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (metformin hcl)       | 3                    | ST                             |
| metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour         | 3                    | ST; generic Fortamet           |
| metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour               | 1 or 1b*             | generic Glucophage XR          |
| metformin hcl oral solution                                        | 1 or 1b*             | PA; QL (2 bottles per 30 days)  |
| metformin hcl oral tablet                                          | 1 or 1b*             |                                 |
| RIOMET ER ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (metformin hcl)         | 3                    | PA; QL (2 bottles per 30 days)  |
| RIOMET ORAL SOLUTION (metformin hcl)                              | 3                    | PA; QL (2 bottles per 30 days)  |

*BILE ACID SEQUESTRANTS***

| cholestyramine light oral packet                                   | 1 or 1b*             |                                 |
| cholestyramine light oral powder                                   | 1 or 1b*             | QL (24 grams per 1 day)         |
| cholestyramine oral packet                                         | 1 or 1b*             | QL (6 packets per 1 day)        |
| cholestyramine oral powder                                         | 1 or 1b*             | QL (54 gm per 1 day)            |
| colesetivam hcl oral packet                                        | 1 or 1b*             | QL (1 packet per 1 day)         |
| colesetivam hcl oral tablet                                        | 1 or 1b*             | QL (6 tablets per 1 day)        |
| COLESTID FLAVORED ORAL GRANULES (colestipol hcl)                  | 3                    | QL (30 grams per 1 day)         |
| COLESTID FLAVORED ORAL PACKET (colestipol hcl)                    | 3                    | QL (30 grams per 1 day)         |
| COLESTID ORAL GRANULES (colestipol hcl)                           | 3                    | QL (30 grams per 1 day)         |
| COLESTID ORAL PACKET (colestipol hcl)                             | 3                    | QL (30 grams per 1 day)         |
| COLESTID ORAL TABLET (colestipol hcl)                             | 3                    | QL (16 tablets per 1 day)       |
| colestipol hcl oral granules                                       | 1 or 1b*             |                                 |

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>colestipol hcl oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colestipol hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (16 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cholestyramine light (Prevalite Oral Packet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cholestyramine light (Prevalite Oral Powder)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (cholestyramine light)</td>
<td>3</td>
<td>QL (24 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>QUESTRAN LIGHT ORAL PACKET (cholestyramine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>QUESTRAN ORAL POWDER (cholestyramine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (54 gm per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>WELCHOL ORAL PACKET (colesvelam hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>WELCHOL ORAL TABLET (colesvelam hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BIOFLAVONOID PRODUCTS*** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADRENAL C FORMULA ORAL TABLET (bioflavonoid products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Azurette Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Bekyree Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Kariva Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (norethin-eth estrad-fe biphas)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIRCETTE ORAL TABLET (desogestrel-ethinyl estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Pimtreya Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Simliya Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>viorele oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Volnea Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BISPHOSPHONATES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (risedronate sodium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACTONEL ORAL TABLET 30 MG, 5 MG (risedronate sodium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (risedronate sodium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>alendronate sodium oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10.72 mg per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ATELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (risedronate sodium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (alendronate sodium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BONIVA INTRAVENOUS SOLUTION (ibandronate sodium)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BONIVA ORAL TABLET (ibandronate sodium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FOSAMAX ORAL TABLET (alendronate sodium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-2800 MG-UNIT (alendronate-cholecalciferol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET 70-5600 MG-UNIT <em>(alendronate-cholecalciferol)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibandronate sodium intravenous solution</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibandronate sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>pamidronate disodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION <em>(zoledronic acid)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (100 mL per 375 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet 150 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet 35 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>risedronate sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>zoledronic acid intravenous concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (100 mL per 375 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>B-LYMPHOCYTE STIMULATOR (BLYS)-SPECIFIC INHIBITORS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(belimumab)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR <em>(belimumab)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 autoinjectors per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE <em>(belimumab)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>BOWEL EVACUANT COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLENPIQ ORAL SOLUTION <em>(sod picosulfate-mag ox-cit acd)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (10.7 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gavilyte-c oral solution reconstituted</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>peg 3350-kcl-nabc-b-nacl-nasulf <em>(Gavilyte-G Oral Solution Reconstituted)</em></td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl <em>(Gavilyte-H Oral Kit)</em></td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl <em>(Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)</em></td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM <em>(peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM <em>(peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED <em>(peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 gram per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED <em>(peg 3350-kcl-na bicarb-nacl)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>NULYTELY WITH FLAVOR PACKS ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</strong> <em>(peg 3350-kcl-na bicarb-nacl)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PCP 100 COMBINATION KIT</strong> <em>(mgcit-bisacod-pet-peg-metoclopramida)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted</em></td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted</em></td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>bisacodyl-peg-kcl-nabicarb-nacl (Peg-Prep Oral Kit)</strong></td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</strong> <em>(peg-kcl-na-asc-c-sulf)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 gram per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION</strong> <em>(na sulfate-k sulfate-mg sulf)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 kit per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Trilyte Oral Solution Reconstituted)</em></td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td>QL (133.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION</strong> <em>(icatibant acetate)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (24 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>icatibant acetate subcutaneous solution</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (24 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION</strong> <em>(ipratropium bromide hfa)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED</strong> <em>(umeclidinium bromide)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium bromide inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (378 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LONHALA MAGNAIR REFILL KIT INHALATION SOLUTION</strong> <em>(glycopyrrolate)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (2 vials per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LONHALA MAGNAIR STARTER KIT INHALATION SOLUTION</strong> <em>(glycopyrrolate)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SEEBRI NEOHALER INHALATION CAPSULE</strong> <em>(glycopyrrolate)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE</strong> <em>(tiotropium bromide monohydrate)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (30 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION</strong> <em>(tiotropium bromide monohydrate)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED</strong> <em>(aclidinium bromide)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>YUPELRI INHALATION SOLUTION</strong> <em>(revefenacin)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BURN PRODUCTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mafenide acetate external packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SILVADENE EXTERNAL CREAM</strong> <em>(silver sulfadiazine)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>silver sulfadiazine external cream</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>silver sulfadiazine (Ssd External Cream)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (mafenide acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SULFAMYLON EXTERNAL PACKET (mafenide acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>BUTYROPHENONES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (haloperidol decanoate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HALDOL INJECTION SOLUTION (haloperidol lactate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol decanoate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol lactate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol lactate oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>haloperidol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>C1 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BERINERT INTRAVENOUS KIT (c1 esterase inhibitor (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (24 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (c1 esterase inhibitor (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (20 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (c1 esterase inhibitor (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (24 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (c1 esterase inhibitor (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (16 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (c1 esterase inhibitor (recomb))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (16 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CALCIMIMETIC AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (etelcalcetide hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (cinacalcet hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (cinacalcet hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CALCITONINS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcitonin (salmon) nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MIACALCIN INJECTION SOLUTION (calcitonin (salmon))</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CALCIUM CHANNEL BLOCKER &amp; HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>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</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (amlodipine-atorvastatin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (amlodipine-atorvastatin)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**CALCIUM CHANNEL BLOCKERS***

- *nifedipine (Afeditab Cr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 30 Mg)*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: DO

- *nifedipine (Afeditab Cr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 60 Mg)*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: QL (1 tablet per 1 day)

- *amlodipine besylate oral tablet 10 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: QL (1 tablet per 1 day)

- *amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: DO

**CALAN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE** (verapamil hcl)

- Nivel: 3
- Requisito: QL (2 tablets per 1 day)

**CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION** (nicardipine hcl in dextrose)

- Nivel: 3
- Requisito: DO

**CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG** (diltiazem hcl coated beads)

- Nivel: 3
- Requisito: DO

**CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG, 300 MG, 360 MG** (diltiazem hcl coated beads)

- Nivel: 3
- Requisito: QL (1 capsule per 1 day)

**CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG** (diltiazem hcl coated beads)

- Nivel: 3
- Requisito: DO

**CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG** (diltiazem hcl coated beads)

- Nivel: 3
- Requisito: QL (1 tablet per 1 day)

**CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG** (diltiazem hcl)

- Nivel: 3
- Requisito: QL (3 tablet per 1 day)

**CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG** (diltiazem hcl)

- Nivel: 3
- Requisito: QL (4 tablet per 1 day)

- *diltiazem hcl coated beads (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg)*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: DO

- *diltiazem hcl coated beads (Cartia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg)*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: QL (1 capsule per 1 day)

**CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION** (clevidipine)

- Nivel: 3

- *diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 360 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: DO

- *diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 420 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: QL (1 capsule per 1 day)

- *diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: DO

- *diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: QL (1 capsule per 1 day)

- *diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: DO

- *diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: QL (1 tablet per 1 day)

- *diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: QL (2 capsules per 1 day)

- *diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour*
  - Nivel: 1 or 1b*
  - Requisito: 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 alta que los del nivel 1  
Nivel 2*tiene una distribución de costos más alta que el nivel 1  
Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 4  
Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  
Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  
0=medicamentos preventivas  
DO=optimización de dosis  
LD=distribución limitada  
PA=autorización previa  
QL= límites de cantidad  
SP=medicamentos especializados  
ST=terapia escalonada

*En vigencia desde el 08/01/2020*
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>diltiazem hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DILTIAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl oral tablet 120 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg, 90 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DILTIAZEM HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>isradipine oral capsule 2.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>isradipine oral capsule 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KATERZIA ORAL SUSPENSION (amlodipine benzoate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (300 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl coated beads (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 180 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl coated beads (Matzim La Oral Tablet Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg, 360 Mg, 420 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicardipine hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicardipine hcl oral capsule 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nicardipine hcl oral capsule 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg, 90 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nimodipine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 table per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NORVASC ORAL TABLET 10 MG (amlodipine besylate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NORVASC ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (amlodipine besylate)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>NYMALIZE ORAL SOLUTION (nimodipine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROCARDIA ORAL CAPSULE (nifedipine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (nifedipine)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG, 90 MG (nifedipine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG (nisoldipine)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG (nisoldipine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 360 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Taztia Xt Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 120 Mg, 180 Mg, 360 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>diltiazem hcl er beads (Tiadylt Er Oral Capsule Extended Release 24 Hour 240 Mg, 300 Mg, 420 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 360 MG (diltiazem hcl er beads)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG, 300 MG, 420 MG (diltiazem hcl er beads)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG (verapamil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (verapamil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG (verapamil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (verapamil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG (verapamil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>CALCIUM COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALCIFOL ORAL WAFER <em>(ca carb-fa-d-b6-b12-boron-mg)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALCIUM GLUCONATE-NAACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALCIUM-FOLIC ACID PLUS D ORAL WAFER</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CALCIUM</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARBAMATES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>felbamate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>felbamate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FELBATOL ORAL SUSPENSION <em>(felbamate)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FELBATOL ORAL TABLET <em>(felbamate)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(cenobamate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(cenobamate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XCOPRI ORAL TABLET <em>(cenobamate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(cenobamate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARBAPENEM COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(imipenem-cilastatin)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(imipenem-cilastatin-relebactam)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(meropenem-vaborbactam)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARBAPENEMS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ertapenem sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED <em>(ertapenem sodium)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meropenem intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MERREM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(meropenem)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARBOHYDRATES</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dextrose intravenous solution 10 %, 250 mg/ml, 30 %, 5 %, 70 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 40 %</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetazolamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetazolamide sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KEVEYSIS ORAL TABLET (dichlorphenamid)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methazolamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (glucarpidase)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARDIAC GLYCOsideS</strong>* - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin (Digitek Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin (Digox Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>digoxin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANOXIN INJECTION SOLUTION (digoxin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANOXIN ORAL TABLET (digoxin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (digoxin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARDIAC PROTECTIVE AGENTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dextrazoxane hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TOTECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (dextrazoxane hcl)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CARNITINE REPLENISHER - AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (levocarnitine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARNITOR ORAL SOLUTION (levocarnitine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARNITOR ORAL TABLET (levocarnitine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARNITOR SF ORAL SOLUTION (levocarnitine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEVOCARNITINE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocarnitine oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocarnitine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levocarnitine sf oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CENTRAL MUSCLE RELAXANTS</strong>* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE-CYCLOBENZAPRINE TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>baclofen intrathecal solution</td>
<td>4</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>baclofen oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>carisoprodol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclobenzaprine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYCLOPHENE RAPIDPAQ TRANSDERMAL CREAM (cyclobenzaprine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fexmid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>FIRST-BACLOFEN ORAL SUSPENSION (baclofen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GABLOFEN INTRATHecal SOLUTION (baclofen)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GABLOFEN INTRATHecal SOLUTION PREFILLED SYRINGE (baclofen)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIORESAL INTRATHecal SOLUTION (baclofen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorzoxazone (Lorzone Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>metaxalone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>methocarbamol injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methocarbamol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>orphenadrine citrate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROBAXIN INJECTION SOLUTION (methocarbamol)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ROBAXIN-750 ORAL TABLET (methocarbamol)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SKELAXIN ORAL TABLET (metaxalone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SOMA ORAL TABLET (carisoprodol)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TABRADOL FUSEPAQ ORAL SUSPENSION (cyclobenzaprine hcl-msm)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TABRADOL RAPIDPAQ ORAL SUSPENSION (cyclobenzaprine hcl-msm)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tizanidine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tizanidine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carisoprodol (Vanadom Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ZANAFLEX ORAL CAPSULE (tizanidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ZANAFLEX ORAL TABLET (tizanidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TASMAR ORAL TABLET (tolcapone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tolcapone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefadroxil oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefadroxil oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>cefadroxil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFAZOLIN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFAZOLIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cephalixin capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cephalixin oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cephalixin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KEFLEX ORAL CAPSULE (cephalexin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefaclor oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefaclor oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (cefotetan disodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefotetan disodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFOTETAN DISODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefoxitin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefprozil oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefprozil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefuroxime axetil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefuroxime sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefdinir capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefdinir oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftidoren pivoxil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

97
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>cefixime oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefixime oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftaxime sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefpodoxime proxetil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFTAZIDIME AND DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftazidime injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 injection per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUPRAX ORAL CAPSULE (cefixime)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (cefixime)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE (cefixime)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>cefazidime (Tazicef Injection Solution Reconstituted)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (ceftazidime sodium in dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tazicef intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cefepime hcl injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ceftaroline fosamil)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CERVICAL CAPS</strong>* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FEMCAP VAGINAL DEVICE (cervical caps)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CFTR POTENTIATORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KALYDECO ORAL PACKET 25 MG (ivacaftor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (2 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KALYDECO ORAL PACKET 50 MG, 75 MG (ivacaftor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (2 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KALYDECO ORAL TABLET (ivacaftor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

MARCA=medicamento de marca

genéricos=medicamento de nombre genérico

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

Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja

Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1

Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1

Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2

Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados

Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida

$0=medicamentos preventivos

DO=optimización de dosis

LD=distribución limitada

PA=autorización previa

QL=límites de cantidad

SP=medicamentos especializados

ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>CHELATING AGENTS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trientine hcl (Clovique Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CUPRIMINE ORAL CAPSULE (penicillamine)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (penicillamine)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>EDETATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillamine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>penicillamine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>SYPRINE ORAL CAPSULE (trientine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>trientine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (rasburicase)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - KERATINOCYTE GROWTH FACTORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KEPIVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (palifermin)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CHLORAMPHENICALS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CHLORINE ANTISEPTICS</strong>* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG (donepezil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ARICEPT ORAL TABLET 5 MG (donepezil hcl)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>donepezil hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>donepezil hcl oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (rivastigmine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR (rivastigmine)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>galantamine hydrobromide oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>RAZADYN ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (galantamine hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RAZADYNE ORAL TABLET (galantamine hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>rivastigmine tartrate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CITRATES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pot &amp; sod cit-cit ac oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium citrate er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium citrate-citric acid oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sod citrate-citric acid oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium citrate-citric acid (Taron-Crystals Oral Packet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tricitrates oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (potassium citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (potassium citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UROCIT-K 5 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (potassium citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CLARITHROMYCIN</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clarithromycin oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clarithromycin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CMV AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cidofovir intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYTOVENE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ganciclovir sodium)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (foscarnet sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (letermovir)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREVYMIS ORAL TABLET (letermovir)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (valganciclovir hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VALCYTE ORAL TABLET (valganciclovir hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>valganciclovir hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COBALAMIN COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyanocobalamin-methylcobalamin (Abaneu-Sl Sublingual Tablet Sublingual)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FOLTRATE ORAL TABLET (cobalamin combinations)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIPO-B INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEURIN-SL SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIT B12-METHIONINE-INOS-CHOL INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COBALAMINS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYANOCOBALAMIN INJECTION SOLUTION 2000 MCG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLCOBALAMIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NASCOBAL NASAL SOLUTION (cyanocobalamin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN DEFICIENCY SYSTEM-B12 INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CODEINE COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetaminophen-codeine #2 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>acetaminophen-codeine #3 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>acetaminophen-codeine #4 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>acetaminophen-codeine oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg, 300-60 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-asa-caff-codeine (Ascomp-Codeine Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-300-40-30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-apap-caff-cod oral capsule 50-325-40-30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butalbital-asa-caff-codeine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE (butalbital-apap-caff-cod)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FIORINAL/CODEINE #3 ORAL CAPSULE (butalbital-asa-caff-codeine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Afinmelle Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Altavera Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alyacen 1/35 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Apri Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Aubra Eq Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estradiol (Aubra Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Aurovela 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Aurovela 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Aurovela 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Aurovela Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Aurovela Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethyl estrad (Aviane Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethyl estrad (Ayuna Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BALCOLTRA ORAL TABLET (levonorgest-eth estrad-fe bisg)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Balziva Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BEYAZ ORAL TABLET (drospiren-eth estrad-levomefol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Blisovi 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Blisovi Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Blisovi Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>briellyn oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethyl estrad (Chateal Eq Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethyl estrad (Chateal Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestrel-ethyl estradiol (Crysele-28 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Cyclafem 1/35 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethyl estradiol (Cyred Eq Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethyl estradiol (Cyred Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Dasetta 1/35 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethyl estrad (Delyla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethyl estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospiren-ethyl estrad-levomefol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethyl estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestrel-ethyl estradiol (Elinest Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethyl estradiol (Emoquette Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethyl estradiol (Enskyce Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-ethyl estradiol (Estarylla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-ethyl estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FALESSA ORAL KIT (levonorgestrel-eth estrad &amp; fa)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethyl estrad (Falmina Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-ethyl estradiol (Femynor Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENERESS FE ORAL TABLET CHEWABLE (norethin-eth estradiol-fe)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethyl estradiol (Gianvi Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethyl estr (Hailey 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Hailey 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Hailey Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Hailey Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Isibloom Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Jasmiel Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Juleber Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Junel 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Junel 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Junel Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Junel Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Junel Fe 24 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ethinyl estradiol (Kaitlib Fe Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Kalliga Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-eth estradiol (Kelnor 1/35 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-eth estradiol (Kelnor 1/50 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Kurvelo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Larin 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Larin 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Larin 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Larin Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Larin Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Larissia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ethinyl estradiol (Layolis Fe Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Lessina Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Levora 0.15/30 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Lillow Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET (norethindrone acet-ethinyl est)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET (norethindrone acet-ethinyl est)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET (norethindrone acet-ethinyl est)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET (norethindrone acet-ethinyl est)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Loryna Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestrel-ethinyl estradiol (Low-Ogestrel Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Lo-Zumandimine Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Lutera Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>marlissa oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-eth estrad-fe (Melodetta 24 Fe Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Microgestin 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est (Microgestin 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Microgestin Fe 1.5/30 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Microgestin Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol (Mili Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MINASTRIN 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE (norethin ace-eth estrad-fe)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol (Mono-Linyah Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol (Mononessa Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Necon 0.5/35 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Nikki Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol-fe oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Nortrel 0.5/35 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Nortrel 1/35 (21) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Nortrel 1/35 (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Ocella Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Orsytia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Philith Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Pirmella 1/35 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia-28 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol (Previa Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Reclipsen Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SAFYRAL ORAL TABLET (drospiren-eth estrad-levomefol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol (Sprintec 28 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Sronyx Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Syeda Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Tarina 24 Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Tarina Fe 1/20 Eq Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin ace-eth estrad-fe (Tarina Fe 1/20 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAYTULLA ORAL CAPSULE (norethin ace-eth estrad-fe)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospiren-eth estrad-levomefol (Tydemy Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Vienna Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>norethindrone-ethinyl estradiol (Vyfemla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-ethinyl estradiol (Vylibra Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-ethinyl estradiol (Wera Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-ethinyl estradiol-fe (Wymzya Fe Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YASMIN 28 ORAL TABLET (drospirenone-ethinyl estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YAZ ORAL TABLET (drospirenone-ethinyl estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Zarah Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-ethinyl estradiol (Zovia 1/35E (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>drospirenone-ethinyl estradiol (Zumandimine Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (levonorgestrel-ethinyl estradiol)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>xulane transdermal patch weekly</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANNOVERA VAGINAL RING (segesterone-ethinyl estradiol)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etonogestrel-ethinyl estradiol (Eluryng Vaginal Ring)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUVARING VAGINAL RING (etonogestrel-ethinyl estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COMPLEMENT INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (eculizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (ravulizumab-cwv2)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (12 vials per 56 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CONDOMS - FEMALE</em>** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FC FEMALE CONDOM (condoms - female)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FC2 FEMALE CONDOM (condoms - female)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad (Amethyst Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY (CRRT) SOLUTIONS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRISMASOL B22GK 4/0 INTRAVENOUS SOLUTION (bicarb-dextrose-k (crrt))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRISMASOL BGK 0/2.5 INTRAVENOUS SOLUTION (bicarb-dextrose-ca (crrt))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRISMASOL BGK 2/0 INTRAVENOUS SOLUTION (bicarb-dextrose-k (crrt))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PRISMASOL BGK 2/3.5 INTRAVENOUS SOLUTION <em>(bicarb-dextrose-kca (crrt))</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRISMASOL BGK 4/2.5 INTRAVENOUS SOLUTION <em>(bicarb-dextrose-kca (crrt))</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRISMASOL BK 0/0/1.2 INTRAVENOUS SOLUTION <em>(bicarb-mg (crrt))</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COPPER CONTRACEPTIVES - IUD</em>** (NEW)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PARAGARD INTRAVENOUS COPPER INTRAVENOUS INTRAVENOUS DEVICE <em>(copper)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>COPPER CONTRACEPTIVES - IUD</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PARAGARD INTRAVENOUS COPPER INTRAVENOUS INTRAVENOUS DEVICE <em>(copper)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CORTICOSTEROIDS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALA SCALP EXTERNAL LOTION <em>(hydrocortisone)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST (15.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ala-cort external cream 1 or 1a*</td>
<td></td>
<td>QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alcmetasone dipropionate external cream 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td>QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>alcmetasone dipropionate external ointment 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amcinonide external cream 3 ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amcinonide external lotion 3 ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMCINONIDE EXTERNAL OINTMENT 3 ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APEXICON E EXTERNAL CREAM <em>(diflorasone diacet emoll base)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate <em>(Beser External Lotion)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external cream 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external gel 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external lotion 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external ointment 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug external cream 3 ST; QL (1.5 grams per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate external cream 3 ST; QL (2 mL per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate external lotion 3 ST; QL (1.5 grams per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external cream 3 ST; QL (1.5 grams per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external foam 3 ST</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external lotion 3 ST; QL (2 mL per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone valerate external ointment 3 ST; QL (1.5 grams per 1 day)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRYHALI EXTERNAL LOTION <em>(halobetasol propionate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CAPEX EXTERNAL SHAMPOO <em>(fluocinolone acetonide)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol prop emollient base external cream 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td>QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate e external cream 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td>QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate emulsion external foam 1 or 1b*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos requeridos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>clobetasol propionate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3.4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.7 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLOBEX EXTERNAL LOTION (clobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO (clobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID (clobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>clocortolone pivalate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (3 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>clocortolone pivalate (Clodan External Shampoo)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLODERM EXTERNAL CREAM (clocortolone pivalate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CORDRAN EXTERNAL CREAM (flurandrenolide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CORDRAN EXTERNAL LOTION (flurandrenolide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CORDRAN EXTERNAL OINTMENT (flurandrenolide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CORDRAN EXTERNAL TAPE (flurandrenolide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CUTIVATE EXTERNAL LOTION (fluticasone propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DERMA-SMOOTHE/FS BODY EXTERNAL OIL (fluocinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desonide external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desonide external gel</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>desonide external lotion</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desonide external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DESOWEN EXTERNAL CREAM (desonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external cream 0.05 %</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external cream 0.25 %</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3.34 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external gel</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external liquid</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external ointment 0.05 %</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone external ointment 0.25 %</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3.34 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diflorasone diacetate external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diflorasone diacetate external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIPROLENE AF EXTERNAL CREAM (betamethasone dipropionate aug)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT (betamethasone dipropionate aug)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide body external oil</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide external solution</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinolone acetonide scalp external oil</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide emulsified base external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluocinonide external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide external lotion</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate external lotion</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>halcinonide external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (7.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>halobetasol propionate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HALOBETASOL PROPIONATE EXTERNAL FOAM</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>halobetasol propionate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HALOG EXTERNAL CREAM (halcinonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (7.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HALOG EXTERNAL OINTMENT (halcinonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HALOG EXTERNAL SOLUTION (halcinonide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyr lipo base external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrate external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrate external lotion</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrate external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone butyrate external solution</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone external cream</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (15.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone external lotion</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone external ointment 1 %</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone external ointment 2.5 %</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (15.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone valerate external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone valerate external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020  

108
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IMPOYZ EXTERNAL CREAM (clobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3.8 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KENALOG EXTERNAL AEROSOL SOLUTION (triamcinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>LEXETTE EXTERNAL FOAM (halobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOCOID LIPOCREAM EXTERNAL CREAM (hydrocortisone butyr lipo base)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUXIQ EXTERNAL FOAM (betamethasone valerate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>flurandrenolide (Nolix External Lotion)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>OLUX EXTERNAL FOAM (clobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3.4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OLUX-E EXTERNAL FOAM (clobetasol propionate emulsion)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PANDEL EXTERNAL CREAM (hydrocortisone probutate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2.7 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>prednicarbate external cream</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>prednicarbate external ointment</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PSORCON EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNALAR EXTERNAL CREAM (fluocinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNALAR EXTERNAL OINTMENT (fluocinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNALAR EXTERNAL SOLUTION (fluocinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMOVATE EXTERNAL CREAM (clobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMOVATE EXTERNAL OINTMENT (clobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEXACORT EXTERNAL SOLUTION (hydrocortisone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPICORT EXTERNAL CREAM 0.05 % (desoximetasone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPICORT EXTERNAL CREAM 0.25 % (desoximetasone)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3.34 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPICORT EXTERNAL GEL (desoximetasone)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPICORT EXTERNAL OINTMENT 0.05 % (desoximetasone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPICORT EXTERNAL OINTMENT 0.25 % (desoximetasone)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3.34 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID (desoximetasone)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>clobetasol propionate emulsion (Tovet External Foam)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external aerosol solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (15.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external cream</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external lotion</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (15.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST; QL (14.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Trianex External Ointment)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (14.4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Triderm External Cream 0.1 %)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (15.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Triderm External Cream 0.5 %)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST; QL (15.2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAVATE EXTERNAL LOTION (halobetasol propionate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VANOS EXTERNAL CREAM (fluocinonide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CORTICOTROPIN</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTHAR INJECTION GEL (corticotropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>COUMARIN ANTICOAGULANTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>warfarin sodium (Jantoven Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>warfarin sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (plerixafor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLIC LIPOPEPTIDES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CUBICIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (daptomycin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CUBICIN RF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (daptomycin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 350 MG</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 50 MG (celecoxib)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CELEBREX ORAL CAPSULE 400 MG (celecoxib)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>celecoxib oral capsule 400 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLOPENTYLTRIAZOLOPYRIMIDINE (CPTP) DERIVATIVES</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRILINTA ORAL TABLET (ticagrelor)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (cangrelor tetraysodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (cyclopentolate-phenylephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLOPLEGIC MYDRIATICS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenylephrine hcl (Altafrin Ophthalmic Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (cyclopentolate hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (cyclopentolate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>cyclopentolate hcl ophtalmic solution 0.5 %, 2 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclopentolate hcl ophtalmic solution 1 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION (atropine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (cyclopentolate hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenylephrine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tropicamide ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLOSPORINE ANALOGS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified (Gengraf Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cyclosporine modified (Gengraf Oral Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEORAL ORAL CAPSULE (cyclosporine modified)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEORAL ORAL SOLUTION (cyclosporine modified)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION (cyclosporine)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SANDIMMUNE ORAL CAPSULE (cyclosporine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SANDIMMUNE ORAL SOLUTION (cyclosporine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYSTINOSIS AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYSTAGON ORAL CAPSULE (cysteamine bitartrate)</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (cysteamine bitartrate)</td>
<td>5</td>
<td>ST; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCYSBI ORAL PACKET (cysteamine bitartrate)</td>
<td>5</td>
<td>ST; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYTOTOXIC AGENTS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DROXIA ORAL CAPSULE (hydroxyurea)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SIKLOS ORAL TABLET (hydroxyurea)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DECARBOXYLASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carbidopa oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LODOSYN ORAL TABLET (carbidopa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DECONGESTANT &amp; ANTIHISTAMINE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLARINEX-D 12 HOUR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (desloratadine-pseudoephedrine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-phenylephrine oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (120 mL per 1 fill)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SEMPREX-D ORAL CAPSULE (acrivastine-pseudoephedrine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DECONGESTANT W/ EXpectorant</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GILPHEX TR ORAL TABLET (phenylephrine-guaifenesin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS</em>** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REMESENSE DENTAL (dental desensitizing product)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DENTAL PRODUCTS - COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAFRINSE DAILY ACIDULATED MOUTH/THROAT SOLUTION REconstituted (sodium fluoride-phosphoric acd)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT DENTAL PASTE (sod fluoride-potassium nitrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVIDENT 5000 SENSITIVE DENTAL PASTE (sod fluoride-potassium nitrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DENTIFRICES</em>** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MI PASTE DENTAL PASTE (dentífricos)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (dentífricos)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DEPIGMENTING AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroquinone (Blanche External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIQUIN MICRO EXTERNAL CREAM (hydroquinone microspheres)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>melpaque hp external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroquinone (Remergent Hq External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tl hydroquinone external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DEPIGMENTING COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (fluocin-hydroquinone-tretinoin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS</em>** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANECTINE INJECTION SOLUTION (succinylcholine chloride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUELICIN INJECTION SOLUTION (succinylcholine chloride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>succinylcholine chloride injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIABETIC OTHER</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (glucagon)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 packs per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (glucagon)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 pack per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>diazoxide oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (glucagon hcl (rdna))</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 kits per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT (glucagon (rdna))</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 kits per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (glucagon hcl)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (glucagon)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 packs per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (glucagon)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 packs per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (glucagon)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 packs per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (diazoxide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIAGNOSTIC TESTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK AVIVA PLUS IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK COMPACT PLUS IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK GUIDE IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SMARTVIEW IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCUTREND GLUCOSE IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (glucose blood)</td>
<td>2</td>
<td>QL (204 strips per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIAPHRAGMS</em>** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm arc-spring)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragms)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (diaphragm wide seal)</strong></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>DIBENZODIAZEPINES</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clozapine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clozapine oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CLOZARIL ORAL TABLET (clozapine)</strong></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (clozapine)</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>DIBENZO-OXEPINO PYRROLES</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (asenapine maleate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (asenapine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>DIBENZOTHIAZEPINES</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>quetiapine fumarate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SEROQUEL ORAL TABLET (quetiapine fumarate)</strong></td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (quetiapine fumarate)</strong></td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>DIBENZOXAZEPINES</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (loxapine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>loxapine succinate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>DIGESTIVE ENZYMES</strong></em> - DRUGS FOR THE STOMACH**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SUCRAID ORAL SOLUTION (sacrosidase)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>VIOKACE ORAL TABLET (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (pancrelipase (lip-prot-amyl))</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>DIHYDROCODEINE COMBINATIONS</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>apap-caff-dihydrocodeine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>apap-caff-dihydrocodeine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>apap-caff-dihydrocodeine (Dvorah Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>trezix oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DIHYDROINDOLONES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>molindone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dipeptidyl Peptidase-4 (DPP-4) Inhibitors</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alogliptin benzoate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JANUVIA ORAL TABLET (sitagliptin phosphate)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRADJENTA ORAL TABLET (linagliptin)</td>
<td>2</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitor-Biguanide Combinations</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alogliptin-metformin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JANUMET ORAL TABLET (sitagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100-1000 MG (sitagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 50-1000 MG, 50-500 MG (sitagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JENTADUETO ORAL TABLET (linagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (linagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (linagliptin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Direct Factor Xa Inhibitors</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET (apixaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (apixaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (apixaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (74 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAVAYSA ORAL TABLET (edoxaban tosylate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO ORAL TABLET 15 MG (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (42 tablet per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (rivaroxaban)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Direct Muscle Relaxants</strong>* - Drugs for Muscles, Ligaments, Tendons, and Bones</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (dantrolene sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DANTRIUM ORAL CAPSULE (dantrolene sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dantrolene sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dantrolene sodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dantrolene sodium (Revonto Intravenous Solution Reconstituted)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

115
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (dantrolene sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIRECT RENIN INHIBITORS &amp; THIAZIDE/THIAZIDE-LIKE COMB</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-12.5 MG (aliskiren-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>DO (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEKTURNA HCT ORAL TABLET 150-25 MG, 300-12.5 MG, 300-25 MG (aliskiren-hydrochlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIRECT RENIN INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>aliskiren fumarate oral tablet 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG (aliskiren fumarate)</td>
<td>3</td>
<td>DO (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEKTURNA ORAL TABLET 300 MG (aliskiren fumarate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIURETIC COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALDACTAZIDE ORAL TABLET (spironolactone-hctz)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DYAZIDE ORAL CAPSULE (triamterene-hctz)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAXZIDE ORAL TABLET (triamterene-hctz)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAXZIDE-25 ORAL TABLET (triamterene-hctz)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene-hctz oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene-hctz oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DOPAMINE D1 RECEPTOR AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORLOPAM INTRAVENOUS SOLUTION (fenoldopam mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - ERGOT DERIVATIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYCLOSET ORAL TABLET (bromocriptine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cabergoline oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alogliptin-pioglitazone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OSENI ORAL TABLET (alogliptin-pioglitazone)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DRY MOUTH AGENTS AND ARTIFICIAL SALIVA</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAPHOSOL MOUTH/THROAT SOLUTION (artificial saliva)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEUTRASAL MOUTH/THROAT PACKET (artificial saliva)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ELECTROLYTES &amp; DEXTROSE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

116
### Nombre del medicamento recetado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dextrose in lactated ringers intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.3 %</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 5-0.225 %, 5-0.3 %</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dextrose-sodium chloride intravenous solution 5-0.45 %, 5-0.9 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELLIOTTS B INTRATHecal SOLUTION (intrathecal elec-dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-mb in dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-p in dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 0.15-5-0.45 %, 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-%-%</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KCL-LACTATED RINGERS-DSW INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-m in dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-r in dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride in dextrose intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ELECTROLYTES PARENTERAL</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-s)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-s (ph 7.4))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KCL-LIDOCAINE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactated ringers intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-r)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-r (ph 7.4))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-148)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (electrolyte-a)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride in nacl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ringers intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (parenteral electrolytes)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>EMERGENCY CONTRACEPTIVES</em>**</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>after oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>econtra ez oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>econtra one-step oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELLA ORAL TABLET (ulipristal acetate)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgestrel oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>my choice oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>my way oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>new day oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>opicon one-step oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>option 2 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>preventeza oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>react oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>take action oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*EMOLLIENT COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>lactic acid e external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*EMOLLIENT/KERATOLYTIC AGENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>urea (Cerovel External Lotion)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDRO 40 EXTERNAL FOAM (urea)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea external cream 39 %, 41 %, 47 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea external cream 40 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>urea external cream 45 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8.5 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>UREA EXTERNAL FOAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea nail external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea-c40 external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea (Uredeb External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>uremez-40 external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>URESOL EXTERNAL CREAM (urea)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*EMOLLIENT/KERATOLYTIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LATRIX XM EXTERNAL EMULSION (urea in zn undecyl-lactic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>urea hydrating external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*EMOLLIENTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ammonium lactate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ammonium lactate external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactic acid external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sodium hyaluronate external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ENZYMES</strong> - <strong>TOPICAL</strong>* - <strong>DRUGS FOR THE SKIN</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SANTYL EXTERNAL OINTMENT (collagenase)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ENZYMES</strong>* - <strong>VITAMINS AND MINERALS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMPHADASE INJECTION SOLUTION (hyaluronidase bovine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYLENEX INJECTION SOLUTION (hyaluronidase human)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITRASE INJECTION SOLUTION (hyaluronidase ovine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (collagenase clostrid histolyt)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ERGOT COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAFERGOT ORAL TABLET (ergotamine-caffeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ergotamine-caffeine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>migergot rectal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ERYTHROMYCINS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>e.e.s. 400 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (erythromycin ethylsuccinate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ERYPED 200 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (erythromycin ethylsuccinate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (erythromycin ethylsuccinate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base (Ery-Tab Oral Tablet Delayed Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ERYTHROGIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (erythromycin lactobionate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin stearate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base oral capsule delayed release particles</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin base oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS)</strong> - <strong>DRUGS FOR NUTRITION</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 vials per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 2=tienen un costo compartido más alto que los del nivel 2  Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  S0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MCG/0.3ML (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPOGEN INJECTION SOLUTION (epoetin alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (methoxy peg-epoetin beta)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCRIT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RETACRIT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa-epbx)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ERYTHROPOIETINS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MCG/0.3ML (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (darbepoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPOGEN INJECTION SOLUTION (epoetin alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (methoxy peg-epoetin beta)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>PROCRIT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RETACRIT INJECTION SOLUTION (epoetin alfa-epbx)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN &amp; PROGESTIN</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVELLA ORAL TABLET (estradiol-norethindrone acet)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet (Amabelz Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANGELIQ ORAL TABLET (drospirenone-estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BI-EST 80:20 PROGESTERONE TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIEST/PROGESTERONE TRANSDERMAL CREAM (estradiol-estriol-progesterone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIJUVA ORAL CAPSULE (estradiol-progesterone)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (estradiol-levonorgestrel)</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 patch per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (estradiol-norethindrone acet)</td>
<td>2</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESTRIOL-PROGESTERONE MICRO TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FEMHRT LOW DOSE ORAL TABLET (norethindrone-eth estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Fyavolv Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol (Jinteli Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet (Lopreeza Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet (Mimve Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREFEST ORAL TABLET (estradiol-norgestimate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMPHASE ORAL TABLET (conj estrog-medroxyprogest ace)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMPRO ORAL TABLET (conj estrog-medroxyprogest ace)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN RECEPTOR ANTAGONIST</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION (fulvestrant)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>fulvestrant intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGENS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL (estradiol valerate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL (estradiol cypionate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM (estradiol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1.25 MG/1.25GM (estradiol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 packets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol (Dotti Transdermal Patch Twice Weekly)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EC-RX ESTRADIOL TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELESTRIN TRANSDERMAL GEL (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 pump per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTRACE ORAL TABLET (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol transdermal patch twice weekly</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol transdermal patch weekly</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol valerate intramuscular oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESTROGEL TRANSDERMAL GEL (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 pump per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION (estradiol)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MENEST ORAL TABLET (esterified estrogens)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 patch per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (estrogens conjugated)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMARIN ORAL TABLET (estrogens conjugated)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (estradiol)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 patch per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ESTROGENS-ANTINEOPLASTIC</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMCYT ORAL CAPSULE (estramustine phosphate sodium)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Amethia Lo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Amethia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Ashlyna Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Camrese Lo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Camrese Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Daysee Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Fayosim Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Introvalle Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Jaimiess Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Jolessa Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day est &amp; eth est oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Lojaimiess Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOSEASONIQUE ORAL TABLET (levonorgest-eth estrad 91-day)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUARTETTE ORAL TABLET (levonorgest-eth estrad 91-day)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Rivelsa Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SEASONIQUE ORAL TABLET (levonorgest-eth estrad 91-day)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Setlakin Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorgest-eth estrad 91-day (Simpesse Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FABRY DISEASE - AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (agalsidase beta)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GALAFOLD ORAL CAPSULE (migalastat hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fecal Incontinence Bulking Agent - Combinations</strong>* - Vitamins and Minerals</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOLESTA INJECTION GEL (dextranomer-sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FIBRIC ACID DERIVATIVES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibrate micronized oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fenofibrate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibric acid oral capsule delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FENOGlide Oral Tablet (fenofibrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FIBRICor Oral Tablet (fenofibric acid)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gemfibrozil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIPOFen Oral Capsule (fenofibrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOPID Oral Tablet (gemfibrozil)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TRICor Oral Tablet (fenofibrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRILIPix Oral Capsule Delayed Release (choline fenofibrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SAVELLA Oral Tablet (milnacipran hcl)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAVELLA Titration Pack Oral (milnacipran hcl)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FIDAXOMICIN</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIFICID Oral Tablet (fidaxomicin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>FLUORIDE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLORIVA Oral Liquid (sodium fluoride-vitamin d)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>FLUORIDE DENTal PRODucts</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride (Cavarest Dental Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride (Dentagel Dental Gel)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>easygel dental gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAfRINSE Daily/Neutral Mouth/Throat Solution Reconstituted (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAfRINSE Weekly Mouth/Throat Solution Reconstituted (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neutral sodium fluoride mouth/throat solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVIDENT 5000 BoosteR Plus Dental Paste (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVIDENT 5000 Dry Mouth Dental Gel (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVIDENT 5000 Plus Dental Cream (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVIDENT Dental Gel (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREVIDENT Mouth/Throat Solution (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sf dental gel</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>FLUORIDE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLUORABON Oral Solution (sodium fluoride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluoritab oral solution</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fluoritab oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flura-drops oral solution</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride (Ludent Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride (Nafrinse Drops Oral Solution)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride (Nafrinse Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium fluoride oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**FLUOROQUINOLONES***

| BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (delafloxacin meglumine) | 3                     |                                                                                                |
| BAXDELA ORAL TABLET (delafloxacin meglumine)                       | 3                     | PA; QL (28 tablets per 30 days)                                                              |
| CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (ciprofloxacin)               | 3                     | QL (3 bottle per 30 days)                                                                    |
| CIPRO ORAL TABLET (ciprofloxacin hcl)                             | 3                     | QL (28 tablets per 30 days)                                                                  |
| ciprofloxacin hcl oral tablet                                     | 1 or 1b*              | QL (28 tablets per 30 days)                                                                  |
| ciprofloxacin in d5w intravenous solution                          | 1 or 1b*              |                                                                                                |
| LEVAQUIN ORAL TABLET (levofloxacin)                               | 3                     | QL (14 tablets per 30 days)                                                                  |
| levofloxacin in d5w intravenous solution                           | 1 or 1b*              |                                                                                                |
| levofloxacin intravenous solution                                  | 1 or 1b*              |                                                                                                |
| levofloxacin oral solution                                         | 1 or 1b*              | QL (480 mL per 30 days)                                                                     |
| levofloxacin oral tablet                                          | 1 or 1b*              | QL (14 tablets per 30 days)                                                                  |
| moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution                     | 1 or 1b*              |                                                                                                |
| MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION                             | 3                     |                                                                                                |
| moxifloxacin hcl oral tablet                                      | 1 or 1b*              | QL (21 tablet per 30 days)                                                                   |
| ofloxacin oral tablet                                             | 1 or 1b*              | QL (28 tablet per 30 days)                                                                   |

**FOLIC ACID ANTAGONISTS RESCUE AGENTS*** - DRUGS FOR CANCER

| KHAJPZORY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (levoleucovorin)      | 3                     | PA; LD; SP                                                                                   |
| leucovorin calcium injection solution                              | 1 or 1b*              |                                                                                                |
| leucovorin calcium injection solution reconstituted                | 1 or 1b*              |                                                                                                |
| leucovorin calcium oral tablet                                     | 1 or 1b*; OC          |                                                                                                |
| levoileucovorin calcium intravenous solution reconstituted         | 1 or 1b*              | PA                                                                                          |
| levoileucovorin calcium pf intravenous solution                   | 1 or 1b*              |                                                                                                |

**FOLIC ACID/FOLATE COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION

| folic acid-vit b6-vit b12 (Airavite Oral Tablet)                   | 1 or 1b*              |                                                                                                |

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ANIMI-3 ORAL CAPSULE (fa-b6-b12-d-omega 3-phytoster)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANIMI-3/VITAMIN D ORAL CAPSULE (fa-b6-b12-d-omega 3-phytoster)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>B-6 FOLIC ACID ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BP VIT 3 ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CENFOL ORAL TABLET (folic acid-vit b6-vit b12)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fabb oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fa-vitamin b-6-vitamin b-12 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folbee oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOLGARD RX ORAL TABLET (folic acid-vit b6-vit b12)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOLI-D ORAL TABLET (folic acid-cholecalciferol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folplex 2.2 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>foltabs 800 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>millguard oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folic acid-vit b6-vit b12 (Nufol Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TALIVA ORAL CAPSULE (fa-b6-b12-omega 3-phytosterols)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>folic acid-vit b6-vit b12 (Virt-Gard Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMEZ ORAL CAPSULE (fa-b6-b12-omega 3-phytosterols)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*FOLIC ACID/FOLATES*** - DRUGS FOR NUTRITION

| cvs folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| fa-8 capsule | 1 or 1b*; $0 | |
| fa-8 oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| folate oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| folic acid injection solution | 1 or 1a* | |
| folic acid capsule | 1 or 1b*; $0 | |
| folic acid oral tablet 1 mg | 1 or 1a* | |
| folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg | 1 or 1a*; $0 | |
| gnp folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| hm folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| kp folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| px folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| qc folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| ra folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| sm folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |
| yl folic acid oral tablet | 1 or 1a*; $0 | |

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NATAZIA ORAL TABLET (estradiol valerate-dienogest)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (agalucosidase alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GABA MODULATORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GABITRIL ORAL TABLET (tiagabine hcl)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SABRIL ORAL PACKET (vigabatrin)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SABRIL ORAL TABLET (vigabatrin)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>tiagabine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vigabatrin oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>vigabatrin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>vigabatrin (Vigadrone Oral Packet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIGALL ORAL CAPSULE (ursodiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHENODAL ORAL TABLET (chenodiol)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (7 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>USRO 250 ORAL TABLET (ursodiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>USRO FORTE ORAL TABLET (ursodiol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ursodiol oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ursodiol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cromolyn sodium oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GASTROCROM ORAL CONCENTRATE (cromolyn sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMITIZA ORAL CAPSULE (lubiprostone)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GASTROINTESTINAL STIMULANTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXPANTHENOL INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METOCLOPRAMIDE HCL ORAL TABLET DISPERISIBLE 10 MG</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl oral tablet disperisible 5 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REGLAN ORAL TABLET (metoclopramide hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GENITOURINARY IRRIGANTS</strong>* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetic acid irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminoacetic acid irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (gu irrigant) (Argyle Sterile Saline Irrigation Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (gu irrigant) (Curity Sterile Saline Irrigation Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycine irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycine urologic irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION (citric ac-gluconolact-mg carb)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESECTISOL IRRIGATION SOLUTION (mannitol (gu irrigant))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SORBITOL IRRIGATION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (onabotulinumtoxin a (cosmetic))</td>
<td>5 PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLUCAGON-LIKE PEPTIDE-2 (GLP-2) ANALOGS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GATTEX SUBCUTANEOUS KIT (teduglutide (rdna))</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLUCOCORTICOSTEROIDS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide oral capsule delayed release particles</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CORTEF ORAL TABLET (hydrocortisone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cortisone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone (Decadron Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (methylprednisolone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAFLISS ORAL TABLET THERAPY PACK</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE (LA) INJECTION SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (dexamethasone)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral elixir</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sodium phosphate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DXEVO 11-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK (dexamethasone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMFLAZA ORAL SUSPENSION (deflazacort)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>EMFLAZA ORAL TABLET (deflazacort)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>ENTOCORT EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (budesonide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENALOG INJECTION SUSPENSION (triamcinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENALOG-80 INJECTION SUSPENSION (triamcinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDROL ORAL TABLET 16 MG, 32 MG, 4 MG, 8 MG (methylprednisolone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDROL ORAL TABLET 2 MG (methylprednisolone)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDROL ORAL TABLET THERAPY PACK (methylprednisolone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPREDNISOLONE ACETATE INJECTION SUSPENSION 50 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPREDNISOLONE ACETATE INJECTION SUSPENSION 80 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MILLIPRED DP 12-DAY ORAL TABLET THERAPY PACK (prednisolone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MILLIPRED ORAL TABLET (prednisolone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE (prednisolone sodium phosphate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEDIAPRED ORAL SOLUTION (prednisolone sodium phosphate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone sodium phosphate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (prednisone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisone oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisone oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (hydrocortisone sod succinate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA**=medicamento de marca  **genéricos**=medicamento de nombre genérico

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (methylprednisolone sodium succ)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>taperdex 12-day oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone (Taperdex 6-Day Oral Tablet Therapy Pack)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>taperdex 7-day oral tablet therapy pack</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOPIDEX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIAMCINOLONE ACETONIDE INJECTION SUSPENSION 50 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIAMCINOLONE DIACETATE INJECTION SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (budesonide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZILRETTRA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (triamcinolone acetonide)</td>
<td>5</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES</em>** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1ST TIER UNILET COMFORTOUCH</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK MULTICLIX LANCET DEV KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK MULTICLIX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACTI-LANCE 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADJUSTABLE LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADVANCED MOBILE LANCET</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING (l lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AIMSCO TWIST LANCETS 32G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AIMSCO TWIST LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALTERNATE SITE LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AQUA LANCE ADJUSTABLE LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AQUALANCE LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE COMFORT LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE HAEMOLANCE PLUS HIGH (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE HAEMOLANCE PLUS LOW (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE HAEMOLANCE PLUS MICRO (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE HAEMOLANCE PLUS NORMAL (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE HAEMOLANCE PLUS PED (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE LANCE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE LANCE LANCETS 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AURORA LANCET SUPER THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AURORA LANCET THIN 23G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AUTO-LANCET (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUTO-LANCET MINI (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUTOLET II CLINISAFE KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AUTOLET LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUTOLET LITE CLINISAFE KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AUTOLET LITE STARTER PACK KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AUTOLET MINI (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUTOLET PLATFORMS (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AUTOLET PLUS (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BD LANCET ULTRAFINE 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD LANCET ULTRAFINE 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD MICROTAINER LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BULLSEYE MINI SAFETY LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BULLSEYE SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARDIOCOM LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE ADVANCED LANCING DEV</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE LANCET THIN 23G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CAREONE LANCET ULTRA THIN 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARESENS LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH LANCING/EJECTOR (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH TWIST LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH TWIST LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH TWIST LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEANLET LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEVER CHEK LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEVER CHOICE LANCETS 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEVER CHOICE LANCETS 23G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEVER CHOICE LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COAGUCHECK LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT ASSURED LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT ASSURED LANCETS 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS LANCETS 21G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS LANCETS MICRO THIN 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS LANCETS ORIGINAL</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS LANCETS THIN 26G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS LANCETS ULTRA THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CVS ULTRA THIN LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIATHRIVE LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIATHRIVE LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART LANCETS THIN 26G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART UNILET LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART UNILET LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DRUG MART UNILET LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY COMFORT LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY MINI EJECT LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EASY MINI LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 23G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 32G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TWIST &amp; CAP LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EQL COLOR LANCETS 21G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EQL COLOR LANCETS MICRO 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EQL SUPER THIN LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EQL THIN LANCETS 26G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCETS 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCETS THIN 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ SMART BLOOD GLUCOSE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FINE 30 (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FINGERSTIX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FORA LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FORA LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FRED'S PHARMACY AUTOLET LANCING</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FRED'S PHARMACY UNILET LANC 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FRED'S PHARMACY UNILET LANC 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FREESTYLE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (BLACK) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (BLUE) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (GOLD) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (PINK) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (WHITE) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (PLATNM) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (PURPLE) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING DEVICE (SILVER) (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL LANCING KIT(BLUE) KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTEEL NOZZLES (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTLE-LET GP LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTLE-LET LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GENTLE-LET PLATFORMS (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

133
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GLOBAL LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCOCOM LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCOCOM LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCOCOM LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP LANCETS 21G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP LANCETS MICRO THIN 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP LANCETS SUPER THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP LANCETS THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP LANCETS THIN 26G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP MICRO THIN LANCETS 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP SUPER THIN LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GOJJI STERILE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE COLOR LANCETS 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE LANCETS 26G UNIV</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE LANCETS 30G UNIV</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE LANCETS 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE LANCETS 33G UNIV</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HAEMOLANCE (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEMOLANCE PLUS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTH CARE LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHY ACCENTS LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHY ACCENTS UNILET LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL ADV LANCING</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL LANCETS 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HYPOLANCE AST LANCING KIT <em>(lancets misc.)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HY-VEE LANCETS <em>(lancets)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HY-VEE THIN LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>IN TOUCH LANCING DEVICE <em>(lancet devices)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IN TOUCH STERILE LANCETS 30G <em>(lancets)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KINNEY LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KINNEY THIN LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER AUTOLET LANCING DEVICE <em>(lancet devices)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER HEALTHPRO LANCET 26G <em>(lancets)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCETS 21G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCETS MICRO THIN 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCETS SUPER THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCETS THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCETS THIN 26G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANCET DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANCET DEVICE WITH EJECTOR</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANCET TRANSPORTER CASE</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS MICRO THIN 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS SUPER THIN 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS ULTRA FINE <em>(lancets)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS ULTRA THIN <em>(lancets)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS ULTRA THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LANZO <em>(l lancet devices)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEADER ADVANCED LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIBERTY MEDICAL LANCETS <em>(lancets)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LIBERTY MINI LANCING DEVICE <em>(l lancet devices)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIFESCAN UNISTIK 2 <em>(lancets)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LIFESCAN UNISTIK II LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LITE TOUCH LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LITE TOUCH LANCING PEN (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LITETOUCH LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LIVE BETTER ADV LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIVE BETTER LANCET SUPER THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LIVE BETTER LANCET ULTRA THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LONGS LANCETS STANDARD</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LONGS LANCETS THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LONGS LANCETS ULTRA THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDICHOICE SAFETY LANCET</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDISENSE THIN LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE EXTRA 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE LITE 25G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE PLUS EXTR 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE PLUS LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE PLUS LITE 25G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDLANCE UNIVERSAL 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER LANCETS THIN (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER SUPER THIN LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MICROLET LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MICROLET NEXT LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MINI LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MM LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MM TWIST LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MONOLET LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**En vigencia desde el 08/01/2020**

MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 2=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MONOLET OPD LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MONOLET TOR SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MPD SAFETY LANCET 21G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MPD SAFETY LANCET 23G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MPD SAFETY LANCET 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MPD SAFETY LANCET 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MULTI-LANCET DEVICE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SAFETY LANCETS 23G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SAFETY LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SUREFLEX LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ON CALL LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ON CALL LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ON CALL PLUS LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ON CALL PLUS LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE CLUB LANCETS FINE PT (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE DELICA LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE DELICA LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE DELICA LANCING DEV (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE DELICA PLUS LANCET30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE DELICA PLUS LANCET33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE DELICA PLUS LANCING (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE FINEPOINT LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE SURESOFT LANCING DEV (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCHE ULTRASOFT LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PC LANCETS SUPER THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PENLET II BLOOD SAMPLER KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PENLET II REPLACEMENT CAP (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PERFECT LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PERFECT LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PHARMACIST CHOICE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHARMACY COUNTER LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PIP LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PIP LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRECISION THINS GP LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREFERRED PLUS LANCETS COLORED</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREFERRED PLUS LANCETS THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRESSURE ACTIVAT SAFETY LANCET</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRO COMFORT LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRO COMFORT LANCETS 31G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRODIGY LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRODIGY LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRODIGY SAFETY LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PSS SELECT GP LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PSS SELECT PLATFORMS (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PSS SELECT SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PUSH BUTTON SAFETY LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PUSH BUTTON SAFETY LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PX ADVANCED LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PX LANCET AUTO INJECTOR</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PX LANCETS ULTRA THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PX LANCETS ULTRA THIN 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QC ADVANCED LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QC LANCETS SUPER THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QC LANCETS ULTRA THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QC UNILET LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QC UNILET LANCETS MICRO THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA E-ZJECT COLOR LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA E-ZJECT LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>READYLANE SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REALITY LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REALITY TRIGGER LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION LANCET DEVICES 30G (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RELION LANCETS MICRO-THIN 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION LANCETS STANDARD 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION LANCETS THIN 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RELION LANCING DEVICE KIT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION ULTRA THIN LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIGHTEST GL300 LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFE-T-LANCE (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFE-T-LANCE PLUS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LANCET 21G/PRESSURE ACT</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LANCET 23G/PRESSURE ACT</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LANCET 28G/PRESSURE ACT</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LANCETS 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY LET LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY SEAL LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAPS TWIST TOP LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAPSCARE TWIST TOP LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SB LANCETS THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SB LANCETS ULTRA THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELECT-LITE DEVICE/LANCETS KIT</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SELECT-LITE LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO AUTOLET LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO ON-THE-GO LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO UNILET LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO UNILET LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIDE BUTTON SAFETY LANCET</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico <em>Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 or 1a</em>=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=limites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SINGLE-LET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SM LANCETS 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SM TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SMART DIABETES VANTAGE LANCING (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SMART SENSE COLOR LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SMART SENSE STANDARD LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SMART SENSE SUPER THIN LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SMART SENSE THIN LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SMARTTEST LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOLUS V2 LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOLUS V2 LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>STERILANCE PA (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>STERILANCE TL (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER THIN LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 18G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 21G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 23G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCING PEN</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE FLAT LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE THIN LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE ULTRA THIN LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURELITE LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-PEN (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-TOUCH LANCETS UNIVERSAL (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE AST LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TGT LANCET MICRO THIN 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TGT LANCET THIN 26G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TGT LANCET ULTRA THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TGT LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THINLETS GP LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRAVEL LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEDRAW LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS LANCETS 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS LANCETS 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTI-LANCE AUTOMATIC (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET CLASSIC LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET SAFETY LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET SAFETY LANCETS 23G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA THIN LANCETS 31G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-CARE LANCETS 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRALANCE (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II AUTO LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET COMFORTOUCH LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET EXCELITE (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET EXCELITE II (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET G.P. LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET GP 28 ULTRA THIN (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET MICRO-THIN 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET SUPERLITE LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET SUPER-THIN 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 2=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  S0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada  

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>UNILET ULTRA-THIN 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 1 (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 COMFORT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 EXTRA (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 NEONATAL (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 NORMAL (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 SUPER (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 COMFORT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 EXTRA (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 GENTLE (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 NEONATAL (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 NORMAL (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK CZT COMFORT (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK CZT NORMAL (lancets misc.)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK PRO SAFETY LANCET (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUE PLUS LANCETS THIN 26G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUE PLUS LANCING DEVICE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VALUMARK LANCET SUPER THIN 30G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUMARK LANCET ULTRA THIN 28G</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA AUTOLET LANCING DEV (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNILET LANCETS 28G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNILET LANCETS 30G (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VIVAGUARD LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVAGUARD LANCING DEVICE (lancet devices)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS ADV TRAVEL LANCETS</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS LANCETS MICRO THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS LANCETS SUPER THIN</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS THIN LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS ULTRA THIN LANCETS (lancets)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 lancets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS</strong> - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (tirofiban hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (tirofiban hcl in nacl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eptifibatide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTEGRILIN INTRAVENOUS SOLUTION (eptifibatide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLYCYCLINES</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (tigecycline)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GNRH/LHRH ANTAGONISTS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (cetrorelix acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (elagolix sodium)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ORILISSA ORAL TABLET 200 MG (elagolix sodium)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GOLD COMPOUNDS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RIDAURA ORAL CAPSULE (auranofin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANTAGONISTS</strong> - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (degarelix acetate)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (degarelix acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GOUT AGENT COMBINATIONS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>colchicine-probenecid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GOUT AGENTS</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allopurinol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>allopurinol sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (allopurinol sodium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colchicine oral capsule</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>colchicine oral tablet</td>
<td>2</td>
<td>QL (2.3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COLCRYS ORAL TABLET (colchicine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2.3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>febuxostat oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOPERBA ORAL SOLUTION (colchicine)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (pegloticase)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MITIGARE ORAL CAPSULE (colchicine)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULORIC ORAL TABLET (febuxostat)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYLOPRIM ORAL TABLET (allopurinol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*GRANULOCYTE COLONY-STIMULATING FACTORS (G-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (pegfilgrastim-jmdb)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (tbo-filgrastim)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (tbo-filgrastim)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (pegfilgrastim)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (2 injectors/kits per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (pegfilgrastim)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEUPOGEN INJECTION SOLUTION (filgrastim)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (filgrastim)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NIVESTYM INJECTION SOLUTION (filgrastim-aafi)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (filgrastim-aafi)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (pegfilgrastim-ebqv)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (filgrastim-sndz)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (pegfilgrastim-bmez)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 injections per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF)*** - DRUGS FOR NUTRITION

LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (sargramostim) | 5 | 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 alta que los del nivel 1 **Nivel 2***=tienen un costo compartido más bajo que los del nivel 2 **Nivel 3***=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 4***=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (pegvisomant)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH)</strong>***</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EGRIFTA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (tesamorelin acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 package per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (tesamorelin acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 package per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GROWTH HORMONES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HUMATROPE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG, 5 MG, 6 MG (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMATROPE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 24 MG (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 injection per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION (somatropin)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (somatropin (non-refrigerated))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (somatropin (non-refrigerated))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 solution per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZORBTIVE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (somatropin (non-refrigerated))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 injection per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>H-2 ANTAGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cimetidine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cimetidine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine premixed intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nizatidine oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nizatidine oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEPCID ORAL TABLET (famotidine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEMATORHEOLOGIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pentoxifylline er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEMIN</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (hemin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em><strong>HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL</strong></em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARTISS EXTERNAL SOLUTION (fibrin sealant component)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (thrombin-cmc-cacl-gelatin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (thrombin-cmc-cacl-gelatin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (thrombin-cmc-cacl-gelatin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (thrombin-cmc-cacl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TISSEEL EXTERNAL KIT (fibrin sealant component)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (fibrin sealant component)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>HEMOSTATICS - SYSTEMIC</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMICAR ORAL SOLUTION (aminocaproic acid)</td>
<td>3</td>
<td>QL (120 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AMICAR ORAL TABLET 1000 MG (aminocaproic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMICAR ORAL TABLET 500 MG (aminocaproic acid)</td>
<td>3</td>
<td>QL (60 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>aminocaproic acid intravenous solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminocaproic acid oral solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (120 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>aminocaproic acid oral tablet 1000 mg</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminocaproic acid oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (60 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (tranexamic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LYSTEDA ORAL TABLET (tranexamic acid)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tranexamic acid intravenous solution</td>
<td>1 or 1b</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tranexamic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1b</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em><strong>HEMOSTATICS - TOPICAL</strong></em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (absorbable collagen hemostat)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVITENE EXTERNAL PAD (microfibrillar coll hemostat)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (microfibrillar coll hemostat)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENDO AVITENE EXTERNAL (absorbable collagen hemostat)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFOAM SPONGE EXTERNAL (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (gelatin absorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>INSTAT EXTERNAL PAD <em>(absorbable collagen hemostat)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD <em>(oxidized cellulose)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTERCEED EXTERNAL PAD <em>(oxidized cellulose)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED <em>(thrombin (recombinant))</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED <em>(thrombin (recombinant))</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD <em>(oxidized cellulose)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD <em>(oxidized cellulose)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYRINGE AVITENE EXTERNAL <em>(absorbable collagen hemostat)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TACHOSIL EXTERNAL PATCH <em>(absorbable fibrin sealant)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT <em>(thrombin)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT <em>(thrombin)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED <em>(thrombin)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBOGEN EXTERNAL KIT <em>(thrombin)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED <em>(thrombin)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL <em>(microfibrillar coll hemostat)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL <em>(microfibrillar coll hemostat)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL <em>(microfibrillar coll hemostat)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL <em>(microfibrillar coll hemostat)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL <em>(microfibrillar coll hemostat)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEPARIN (PORCINE) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin lock flush intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sodium (porcine) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sodium (porcine) pf injection solution 5000 unit/0.5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>heparin sodium lock flush intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEMMED COMBINATION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEPATITIS B AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>adefovir dipivoxil oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BARACLEUD ORAL SOLUTION (entecavir)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BARACLEUD ORAL TABLET (entecavir)</td>
<td>5</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>entecavir oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPIVIR HBV ORAL SOLUTION (lamivudine)</td>
<td>5</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EPIVIR HBV ORAL TABLET (lamivudine)</td>
<td>5</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEPSERA ORAL TABLET (adefovir dipivoxil)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>lamivudine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VEMLIDY ORAL TABLET (tenofovir alafenamide fumarate)</td>
<td>5</td>
<td>SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEPATITIS C AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEGASYS PROCLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION (peginterferon alfa-2a)</td>
<td>4</td>
<td>SP; QL (4 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML (peginterferon alfa-2a)</td>
<td>4</td>
<td>SP; QL (2 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML (peginterferon alfa-2a)</td>
<td>4</td>
<td>SP; QL (4 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEGINTRON SUBCUTANEOUS KIT (peginterferon alfa-2b)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ribavirin oral capsule</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ribavirin oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SOVALDI ORAL PACKET 150 MG (sofosbuvir)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOVALDI ORAL PACKET 200 MG (sofosbuvir)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (2 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOVALDI ORAL TABLET 200 MG (sofosbuvir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOVALDI ORAL TABLET 400 MG (sofosbuvir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitisinone oral capsule</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>NITYR ORAL TABLET (nitisinone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>ORFADIN ORAL CAPSULE (nitisinone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>ORFADIN ORAL SUSPENSION (nitisinone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acyclovir oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acyclovir oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>acyclovir oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acyclovir sodium intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>valacyclovir hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VALTREX ORAL TABLET (valacyclovir hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOVIRAX ORAL SUSPENSION (acyclovir)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZOVIRAX ORAL TABLET (acyclovir)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>famciclovir oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 fill per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HMG COA REDUCTASE INHIBITOR COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EQUIPAX/ATORVASTATIN/COQ10 ORAL THERAPY PACK</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>HMG COA REDUCTASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG (lovastatin)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (lovastatin)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>atorvastatin calcium oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>atorvastatin calcium oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>CRESTOR ORAL TABLET 40 MG (rosuvastatin calcium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG (rosuvastatin calcium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (rosuvastatin calcium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOLIPID ORAL SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvastatin sodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (fluvastatin sodium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (pitavastatin calcium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LIVALO ORAL TABLET 4 MG (pitavastatin calcium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>lovastatin oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRAVACHOL ORAL TABLET (pravastatin sodium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>pravastatin sodium oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>simvastatin oral tablet 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (simvastatin)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOCOR ORAL TABLET 5 MG (simvastatin)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOCOR ORAL TABLET 80 MG (simvastatin)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYPITAMAG ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (pitavastatin magnesium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYPITAMAG ORAL TABLET 4 MG (pitavastatin magnesium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HOMEOPATHIC PRODUCTS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACUNOL ORAL TABLET (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BHI URI-CONTROL ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COLCIGEL EXTERNAL GEL (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ECZEMOL ORAL TABLET (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENGYSTOL INJECTION INJECTABLE (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYLAFEM VAGINAL SUPPOSITORY (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LYMPHOMYOSOT X INJECTION INJECTABLE (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MORCIN EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEURALGO-RHEUM INJECTION INJECTABLE (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PSORIZIDE FORTE ORAL TABLET (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PSORIZIDE ULTRA ORAL TABLET (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RAPID GEL RX EXTERNAL GEL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SPASCUPREEL INJECTION INJECTABLE (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SPEEDGEL RX EXTERNAL GEL (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRANZGEL EXTERNAL GEL (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRAUMEEL EXTERNAL OINTMENT (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRAUMEEL INJECTION INJECTABLE (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRAUMEEL ORAL TABLET (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WELLMIND VERTIGO ORAL TABLET (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZEEL INJECTION INJECTABLE (homeopathic products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HOMOCYSTINURIA TREATMENT - AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYSTADANE ORAL POWDER (betaine)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HUMAN INSULIN</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT (insulin regular human)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (9 cartridges per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AFREZZA INHALATION POWDER 4 &amp; 8 &amp; 12 UNIT, 8 UNIT (insulin regular human)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (12 cartridges per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AFREZZA INHALATION POWDER 4 UNIT, 90 X 4 UNIT &amp; 90X8 UNIT (insulin regular human)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (18 cartridges per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AFREZZA INHALATION POWDER 90 X 8 UNIT &amp; 90X12 UNIT (insulin regular human)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 boxes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin lispro prot &amp; lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (insulin lispro prot &amp; lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin lispro prot &amp; lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (insulin lispro prot &amp; lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (insulin lispro)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin nph isophane &amp; regular)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (insulin nph isophane &amp; regular)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (insulin nph human (isophane))</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (insulin nph human (isophane))</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN R INJECTION SOLUTION (insulin regular human)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin regular human)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (20 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin regular human)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (18 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN LISPRO PROT &amp; LISPRO SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN LISPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin detemir)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION (insulin detemir)</td>
<td>2</td>
<td>QL (30 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (insulin regular(human) in nacl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (12 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin glargine)</td>
<td>2</td>
<td>QL (13.5 mL per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**HUMAN PROTEIN C*** - DRUGS FOR THE BLOOD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (protein c concentrate (human))</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**HYDANTOINS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CEREBYX INJECTION SOLUTION (fosphenytoin sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (phenytoin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DILANTIN ORAL CAPSULE (phenytoin sodium extended)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DILANTIN ORAL SUSPENSION (phenytoin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fosphenytoin sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEGANONE ORAL TABLET (ethotoin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENYTEK ORAL CAPSULE (phenytoin sodium extended)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin (Phenytoin Infatabs Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin sodium extended oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenytoin sodium injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**HYDROCODONE COMBINATIONS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 10-325 MG/15ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (90 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-acetaminophen oral solution 2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (90 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-acetaminophen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-ibuprofen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-acetaminophen (Lorcet Hd Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocodone-acetaminophen (Lorcet Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LORTAB ORAL ELIXIR (hydrocodone-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td>QL (67.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NORCO ORAL TABLET (<em>hydrocodone-acetaminophen</em>)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HYDROLYTIC ENZYMES</em>** - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PULMOZYME INHALATION SOLUTION (<em>dornase alfa</em>)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HYPERAMMONEMIA TREATMENT - AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARBAGLU ORAL TABLET (<em>carglumic acid</em>)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HYPERPARATHYROID TREATMENT - VITAMIN D ANALOGS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcitriol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>calcitriol oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>calcitriol oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>doxercalciferol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>doxercalciferol oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>HECTOROL INTRAVENOUS SOLUTION (<em>doxercalciferol</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>paricalcitol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>paricalcitol oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (<em>calcifediol</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ROCALTROL ORAL CAPSULE (<em>calcitriol</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ROCALTROL ORAL SOLUTION (<em>calcitriol</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (<em>paricalcitol</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEMPLAR ORAL CAPSULE (<em>paricalcitol</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>HYPNOTICS - TRICYCLIC AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxepin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SILENOR ORAL TABLET (<em>doxepin hcl</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IBS AGENT - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LINZESS ORAL CAPSULE (<em>linaclotide</em>)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IBS AGENT - SELECTIVE 5-HT3 RECEPTOR ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alosetron hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOTRONEX ORAL TABLET (<em>alosetron hcl</em>)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clotrimazole external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>econazole nitrate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ECOZA EXTERNAL FOAM (<em>econazole nitrate</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ERTACZO EXTERNAL CREAM (<em>sertaconazole nitrate</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EXELDERM EXTERNAL CREAM (<em>sulconazole nitrate</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (<em>sulconazole nitrate</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EXTINA EXTERNAL FOAM (ketoconazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (efinaconazole)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>luliconazole external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LUZU EXTERNAL CREAM (luliconazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>oxiconazole nitrate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OXISTAT EXTERNAL CREAM (oxiconazole nitrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OXISTAT EXTERNAL LOTION (oxiconazole nitrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>suliconazole nitrate external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>suliconazole nitrate external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL EXTERNAL GEL (ketoconazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (butoconazole nitrate (1 dose))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>miconazole 3 vaginal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terconazole vaginal cream 0.4 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>terconazole vaginal cream 0.8 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.34 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>terconazole vaginal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 suppositories per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMIDAZOLES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMIDAZOTETRAZINES</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>2</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>(temozolomide)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEMODAR ORAL CAPSULE 100 MG, 140 MG, 180 MG, 250 MG (temozolomide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMODAR ORAL CAPSULE 20 MG (temozolomide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TEMODAR ORAL CAPSULE 5 MG (temozolomide)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>temozolomide oral capsule 20 mg</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>temozolomide oral capsule 5 mg</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATGAM INTRAVENOUS INJECTABLE (lymphocyte,anti-thymo imm glob)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>THYMoglobulin INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (anti-thymocyte glob (rabbit))</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>IMMUNE SERUMS</em>** - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION (immune globulin (human)-sra)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CARIMUNE NF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (immune globulin (human)-hipp)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CYTOGAM INTRAVENOUS INJECTABLE (cytomegalovirus immune glob)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GAMASTAN S/D INTRAMUSCULAR INJECTABLE (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Gammadgard injection solution (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Gammadgard S/D Less Iga Intravenous Solution Reconstituted (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Gammaked injection solution (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Gammaplex Intravenous Solution (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Gamar-C injection solution (immune globulin (human))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (hepatitis b immune globulin)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hizentra Subcutaneous Solution (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hizentra Subcutaneous Solution Prefilled Syringe (immune globulin (human))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hyperhep B S/D Intramuscular Solution (hepatitis b immune globulin)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hyperrab injection solution (rabies immune globulin)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hyperrab S/D injection solution (rabies immune globulin)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hyperrho S/D Intramuscular Solution Prefilled Syringe (rho d immune globulin)</td>
<td>5</td>
<td>SP; QL (2 syringes per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hypertet S/D Intramuscular Injectable (tetanus immune globulin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Imogam Rabies-HT Injection Solution (rabies immune globulin)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Kedrab injection solution</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Micrhogam Ultra-Filtered Plus Intramuscular Solution Prefilled Syringe (rho d immune globulin)</td>
<td>5</td>
<td>SP; QL (2 syringes per 365 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (<em>hepatitis b immune globulin</em>)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML (<em>immune globulin (human)</em>))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 30 GM/300ML (<em>immune globulin (human)</em>))</td>
<td>4</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>PANZYG INTRAVENOUS SOLUTION (<em>immune globulin (human)-ifas</em>)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION (<em>immune globulin (human)</em>))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<em>rho d immune globulin</em>))</td>
<td>5</td>
<td>SP; QL (2 syringes per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<em>rho d immune globulin</em>))</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION (<em>varicella-zoster immune glob</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WINRH SDF INJECTION SOLUTION (<em>rho d immune globulin</em>))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (<em>immune globulin (human)-klhw</em>))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REVLIMID ORAL CAPSULE (<em>lenalidomide</em>)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMMUNOMODULATORS IMIDAZOQUINOLINAMINES - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALDARA EXTERNAL CREAM (<em>imiquimod</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (48 packet per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>imiquimod external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (48 packet per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>imiquimod pump external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 bottle per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYCLARA EXTERNAL CREAM (<em>imiquimod</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (28 packet per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYCLARA PUMP EXTERNAL CREAM (<em>imiquimod</em>)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 bottle per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>IN VITRO ANTICOAGULANTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACD FORMULA A IN VITRO SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACD-A NOCLOT-50 IN VITRO SOLUTION (<em>anticoagulant cit dext soln a</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTICOAGULANT CIT DEXT SOLN A IN VITRO SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE IN VITRO SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRICITRASOL IN VITRO CONCENTRATE (<em>anticoagulant sodium citrate</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>INCRETIN MIMETIC AGENTS (GLP-1 RECEPTOR AGONISTS)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (<em>exenatide</em>)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (4 vial per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR (<em>exenatide</em>)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (4 vial per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (<em>exenatide</em>)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 pens per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR <em>(exenatide)</em></td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 pens per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR <em>(semaglutide)</em></td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR <em>(semaglutide)</em></td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR <em>(dulaglutide)</em></td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (4 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR <em>(liraglutide)</em></td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 box per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**INFLAMMATORY BOWEL AGENTS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR <em>(mesalamine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASACOL HD ORAL TABLET DELAYED RELEASE <em>(mesalamine)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE <em>(sulfasalazine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AZULFIDINE ORAL TABLET <em>(sulfasalazine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>balsalazine disodium oral capsule</td>
<td></td>
<td>QL (9 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CANASA RECTAL SUPPOSITORY <em>(mesalamine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 suppository per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COLAZAL ORAL CAPSULE <em>(balsalazine disodium)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (9 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE <em>(mesalamine)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIPENTUM ORAL CAPSULE <em>(olsalazine sodium)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE <em>(mesalamine)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td></td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine oral capsule delayed release</td>
<td></td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</td>
<td></td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</td>
<td></td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine rectal enema</td>
<td></td>
<td>QL (60 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine rectal suppository</td>
<td></td>
<td>QL (1 suppository per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine-cleanser rectal kit</td>
<td></td>
<td>QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 250 MG <em>(mesalamine)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (16 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PENTASA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG <em>(mesalamine)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (8 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ROWASA RECTAL KIT <em>(mesalamine-cleanser)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SFROWASA RECTAL ENEMA <em>(mesalamine)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (60 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfasalazine oral tablet</td>
<td></td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfasalazine oral tablet delayed release</td>
<td></td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>INFLUENZA AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION REconstituted <em>(mycophenolate mofetil hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CELLCEPT ORAL CAPSULE <em>(mycophenolate mofetil)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CELLCEPT ORAL SUSPENSION REconstituted <em>(mycophenolate mofetil)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CELLCEPT ORAL TABLET <em>(mycophenolate mofetil)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate mofetil oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate mofetil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mycophenolate sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE <em>(mycophenolate sodium)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS)</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION <em>(mecasermin)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-1 BLOCKERS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION REconstituted <em>(rilonacept)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-1 RECEPTOR ANTAgONIST (IL-1RA)</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE <em>(anakinra)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-IBETA BLOCKERS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION <em>(canakinumab)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELMIRON ORAL CAPSULE <em>(pentosan polysulfate sodium)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (3 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION <em>(dimethyl sulfoxide)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTEST CHOLEST ABSORB INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ezetimibe-simvastatin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VYTORIN ORAL TABLET <em>(ezetimibe-simvastatin)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>enulose oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>generlac oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactulose encephalopathy oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>INTESTINAL ACIDIFIERS</em>** - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ezetimibe oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZETIA ORAL TABLET (ezetimibe)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Colocort Rectal Enema)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORTENEMA RECTAL ENEMA (hydrocortisone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORTIFOAM EXTERNAL FOAM (hydrocortisone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone rectal enema</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UCERIS RECTAL FOAM (budesonide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4.78 gm per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>INTRARECTAL STEROIDS</em>** - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IODINE ANTISEPTICS*** - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IODINE TINCTURE EXTERNAL TINCTURE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IODOFLEX EXTERNAL PAD (cadexomer iodine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IODOSORB EXTERNAL GEL (cadexomer iodine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IODINE EXPECTORANTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SSKI ORAL SOLUTION (potassium iodide (expectorant))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IRON COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE FE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CENTRATEX ORAL CAPSULE (fe fum-fa-b cmp-c-zn-mg-mn-cu)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iron combinations (Chromagen Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iron-folic acid-c-b6-b12-zinc (Corvita 150 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORVITE 150 ORAL TABLET (iron-folic acid-c-b6-b12-zinc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ferocon oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ferotrinisic oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fe fum-fa-b cmp-c-zn-mg-mn-cu (Ferrocite Plus Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FERRO-PLEX HEMATINIC ORAL TABLET (fe fum-dss-c-e-b12-if-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FERROTRIN ORAL CAPSULE (iron-b12-vit c-fa-ifc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE (fefum-fepoly-fa-b cmp-c-biot)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>foltrin oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FUSION PLUS ORAL CAPSULE (iron-fa-b cmp-c-biot-probiotic)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hematinic plus vit/minerals oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE (fe fum-vit c-vit b12-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 o 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 o 1b*=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 2  Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fe fum-vit c-vit b12-fa (Hematogen Forte Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>iron combinations (Hematogen Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEMATRON-AF ORAL TABLET (iron-dss-b12-fa-c-e-cu-biotin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE (fe fum-fa-b cmp-c-zn-mg-mn-cu)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hemocyte-plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ICAR-C PLUS ORAL TABLET (iron-vit c-vit b12-folic acid)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE (fefum-fopoly-fa-b cmp-c-biot)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IROSPAN 24/6 ORAL (fe-succ ac-b cmplx-c-ca-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IS 24/6 ORAL (fe-succ ac-b cmplx-c-ca-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fefum-fepo-fa-b cmp-c-zn-mn-cu (K-Tan Plus Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTIGEN FOLIC ORAL TABLET (fe asp gly-succ-c-thre-b12-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTIGEN ORAL TABLET (fe-succ-c-thre-b12-des stomach)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTIGEN PLUS ORAL TABLET (feasp-fefum -suc-c-thre-b12-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEPHRON FA ORAL TABLET (iron-fa-dss-b cmplx-vit c)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polysaccharide iron forte oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>purevit dualfe plus oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>se-tan plus oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TARON FORTE ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tl-hem 150 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fe fumarate-b12-vit c-fa-ifc (Tricon Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trigels-f forte oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IRON W/ FOLIC ACID</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOLIVANE-F ORAL CAPSULE (fe fum-fepoly-fa-vit c-vit b3)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hematinic/folic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ferrous fumarate-folic acid (Hemocyte-F Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTEGRA F ORAL CAPSULE (fe fum-fepoly-fa-vit c-vit b3)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IRON W/ VITAMINS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL ORAL TABLET (iron-vitamins)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IRON</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (ferumoxytol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (na ferric gluc cplx in sucrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INFED INJECTION SOLUTION (iron dextran)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION (ferric carboxymaltose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET (ferric pyrophosphate citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>TRIFERIC HEMODIALYSIS SOLUTION</strong> (ferric pyrophosphate citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION</strong> (iron sucrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IRON-B12-FOLATE</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FERIVA 21/7 ORAL TABLET</strong> (feasp-b12-fa-c-dss-succac-zn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FERRALET 90 ORAL TABLET</strong> (fe cbn-fe gluc-fa-b12-c-dss)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FERRAPLUS 90 ORAL TABLET</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IRRIGATION SOLUTIONS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>water for irrigation, sterile (Argyle Sterile Water Irrigation Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactated ringers irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>irrigation solns physiological (Physiolyte Irrigation Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>irrigation solns physiological (Physiosol Irrigation Irrigation Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sterile water for irrigation irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ringers irrigation (Tis-U-Sol Irrigation Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>water for irrigation, sterile irrigation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INREBIC ORAL CAPSULE</strong> (fedratinib hcl)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>JAKAFI ORAL TABLET 10 MG</strong> (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>JAKAFI ORAL TABLET 15 MG</strong> (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (100 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>JAKAFI ORAL TABLET 20 MG</strong> (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>JAKAFI ORAL TABLET 25 MG</strong> (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>JAKAFI ORAL TABLET 5 MG</strong> (ruxolitinib phosphate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (10 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KERATOLYTIC AND/OR ANTIMITOTIC COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GORDOFILM EXTERNAL SOLUTION</strong> (salicylic acid-lactic acid)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PYROGALLIC ACID EXTERNAL OINTMENT</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SALVAX DUO PLUS EXTERNAL KIT</strong> (salicylic acid-urea in lactac)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CONDYLOX EXTERNAL GEL</strong> (podofilox)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>podofilox external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SALEX EXTERNAL KIT</strong> (salicylic acid-cleanser)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>salicylic acid external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external foam</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salicylic acid wart remover external liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SALVAX EXTERNAL FOAM (salicylic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>LAXATIVES - MISCELLANEOUS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clearlax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>constulose oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs purelax oral packet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs purelax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq clearlax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql clearlax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gavilax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentlelax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycolax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp clearlax oral packet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp clearlax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>goodsense clearlax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>healthylax oral packet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm clearlax oral packet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm clearlax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kls laxaclear oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KRISTALOSE ORAL PACKET (lactulose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LACTULOSE ORAL PACKET</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lactulose oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>peg 3350 oral packet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>peg 3350 oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polyethylene glycol 3350 oral packet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polyethylene glycol 3350 oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc natura-lax oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra laxative oral packet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra laxative oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb polyethylene glycol 3350 oral powder</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>sm clear lax oral powder</em></td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>smooth lax oral packet</em></td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>smooth lax oral powder</em></td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>tgt powder lax oral packet</em></td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>tgt powder lax oral powder</em></td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*LEPRESTATICS***

- dapsone oral tablet 1 or 1b*

**LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS***

- *ACCOLATE ORAL TABLET* (zafirlukast) 3 QL (2 tablets per 1 day)
- *montelukast sodium oral packet* 1 or 1b* QL (1 packet per 1 day)
- *montelukast sodium oral tablet* 1 or 1b* QL (1 tablet per 1 day)
- *montelukast sodium oral tablet chewable* 1 or 1b* QL (1 tablet per 1 day)
- SINGULAIR ORAL PACKET (montelukast sodium) 3 QL (1 packet per 1 day)
- SINGULAIR ORAL TABLET (montelukast sodium) 3 QL (1 tablet per 1 day)
- SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE (montelukast sodium) 3 QL (1 tablet per 1 day)
- *zafirlukast oral tablet* 1 or 1b* QL (2 tablets per 1 day)

*LEVODOPA COMBINATIONS***

- carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 1 or 1b*
- carbidopa-levodopa oral tablet 1 or 1b*
- carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 1 or 1b*
- carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 1 or 1b*
- DUOPA ENTERAL SUSPENSION (carbidopa-levodopa) 3 PA; LD
- RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (carbidopa-levodopa) 3
- SINEMET ORAL TABLET (carbidopa-levodopa) 3
- STALEVO 100 ORAL TABLET (carbidopa-levodopa-entacapone) 3
- STALEVO 125 ORAL TABLET (carbidopa-levodopa-entacapone) 3
- STALEVO 150 ORAL TABLET (carbidopa-levodopa-entacapone) 3
- STALEVO 200 ORAL TABLET (carbidopa-levodopa-entacapone) 3
- STALEVO 50 ORAL TABLET (carbidopa-levodopa-entacapone) 3
- STALEVO 75 ORAL TABLET (carbidopa-levodopa-entacapone) 3

*LHRH ANALOGS*** - DRUGS FOR CANCER

- ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (leuprolide acetate (3 month)) 3 PA; SP; QL (1 syringe per 84 days)
- ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (leuprolide acetate (4 month)) 3 PA; SP; QL (1 syringe per 112 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 alta que los del nivel 1  **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que el nivel 3  **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 2  **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  **Nivel 5**=tienen una distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  **$0**=medicamentos preventivos  **DO**=optimización de dosis  **LD**=distribución limitada  **PA**=autorización previa  **QL**=límites de cantidad  **SP**=medicamentos especializados  **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (leuprolide acetate (6 month))</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 168 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (leuprolide acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>leuprolide acetate injection kit</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot (1-Month) Intramuscular Kit 3.75 MG (leuprolide acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot (1-Month) Intramuscular Kit 7.5 MG (leuprolide acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot (3-Month) Intramuscular Kit 11.25 MG (leuprolide acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot (3-Month) Intramuscular Kit 22.5 MG (leuprolide acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot (4-Month) Intramuscular Kit (leuprolide acetate (4 month))</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 112 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot (6-Month) Intramuscular Kit (leuprolide acetate (6 month))</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe kit per 168 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELSTAR Mixject Intramuscular Suspension Reconstituted 11.25 MG (triptorelin pamoate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELSTAR Mixject Intramuscular Suspension Reconstituted 22.5 MG (triptorelin pamoate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 168 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRELSTAR Mixject Intramuscular Suspension Reconstituted 3.75 MG (triptorelin pamoate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vantas Subcutaneous Kit (histrelin acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZolaDEX Subcutaneous Implant 10.8 MG (goserelin acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 EA per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZolaDEX Subcutaneous Implant 3.6 MG (goserelin acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 unit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>LHRH/GNRH Agonist Analog Pituitary Suppressed</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fensolvi (6 Month) Subcutaneous Kit (leuprolide acetate (6 month))</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot-Ped (1-Month) Intramuscular Kit 11.25 MG, 15 MG (leuprolide acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot-Ped (1-Month) Intramuscular Kit 7.5 MG (leuprolide acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot-Ped (3-Month) Intramuscular Kit 11.25 MG (Ped) (leuprolide acetate (3 month))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 12 weekss)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPRON Depot-Ped (3-Month) Intramuscular Kit 30 MG (Ped) (leuprolide acetate (3 month))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>Supprelin LA Subcutaneous Kit (histrelin acetate (cpp))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>Synarel Nasal Solution (nafarelin acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (5 bottle per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

164
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (triptorelin pamoate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 vial per 168 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LINCOSAMIDES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLEOCIN ORAL CAPSULE (clindamycin hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (clindamycin palmitate hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (clindamycin phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>LINCOSAMIDES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>LINCOSAMIDES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clindamycin phosphate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LINCOCIN INJECTION SOLUTION (lincomycin hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lincomycin hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LINIMENT COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDI-DERM-RX EXTERNAL CREAM (capsaicin-menthol-methyl sal)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDROX-RX EXTERNAL OINTMENT (capsaicin-menthol-methyl sal)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LINIMENTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYL SALICYLATE EXTERNAL LIQUID</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LIPASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XENICAL ORAL CAPSULE (orlistat)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LIPIDS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (fat emulsion plant based)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (fat emulsion plant based)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOKE MCT70 ORAL POWDER (medium chain triglycerides)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (fish oil triglyceride based)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (fat emul fish oil/plant based)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LIPOPROTEIN COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LECTHIN ORAL GRANULES</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIPO INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIPO-C INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETIC &amp; SYMPATHOMIMETIC</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>articaine-epinephrine (Articadent Dental Injection Solution Cartridge)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 2  Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=és limitación de la terapia ST=terapia escalonada  QL=limite de la cantidad SP=medicamentos especializados PA=autorización previa  En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CITANEST FORTE DENTAL INJECTION SOLUTION (prilocaine-epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-epinephrine injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (bupivacaine-epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (bupivacaine-epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (articaine-epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECK SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine (Sensorcaine/Epinephrine Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine-epinephrine (Sensorcaine-Mpf/Epinephrine Injection Solution 0.25% -1:200000, 0.5% -1:200000)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 % (bupivacaine-epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-epinephrine (Xylocaine Dental Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XYLOCaine/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (lidocaine-epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XYLOCaine-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (lidocaine-epinephrine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION LM-2 INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIDOCAINE-SODIUM BICARBONATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P-CARE 100MX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POINT OF CARE LM-2.2 INJECTION KIT (lidocaine hcl-bupivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POINT OF CARE LM-2.5 INJECTION KIT (lidocaine hcl-bupivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>READYSHARP-A INJECTION KIT (lidocaine hcl-bupivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETICS - AMIDES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine hcl (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupivacaine hcl injection solution 0.25 %, 0.5 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BUPIVACAINE HCL INJECTION SOLUTION 312.5 MG/10ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BUPIVACAINE HCL INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BUPIVACAINE HCL-NACL EPIDURAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>bupivacaine in dextrose intrathecal solution</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>bupivacaine spinal intrathecal solution</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARBOCAINE INJECTION SOLUTION (mepivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARBOCAINE PRESERVATIVE-FREE INJECTION SOLUTION (mepivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CITANEST PLAIN DENTAL INJECTION SOLUTION (prilocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EXPAREL INJECTION SUSPENSION (bupivacaine liposome)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>lidocaine hcl (pf) injection solution</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>lidocaine hcl injection solution</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIDOCAINE HCL INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>lidocaine hcl intradermal jet-injector</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIDOCAINE IN DEXTROSE SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARCAINE INJECTION SOLUTION (bupivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARCAINE PRESERVATIVE FREE INJECTION SOLUTION (bupivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARCAINE SPINAL INTRATHELICAL SOLUTION (bupivacaine in dextrose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MONOJECT BONE MARROW BIOPSY INJECTION KIT (lidocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAROPIN INJECTION SOLUTION (ropivacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>mepivacaine hcl (Polocaine Injection Solution)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>mepivacaine hcl (Polocaine-Mpf Injection Solution)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ropivacaine hcl injection solution 10 mg/ml, 5 mg/ml, 7.5 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROPIVACAINE HCL INJECTION SOLUTION 33.4 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROPIVACAINE HCL INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROPIVACAINE HCL-NACL EPIDURAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>bupivacaine hcl (Sensorcaine Injection Solution)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>bupivacaine hcl (Sensorcaine-Mpf Injection Solution)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XYLLOCAINE INJECTION SOLUTION (lidocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XYLLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION (lidocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZINGO INTRADERMAL JET-INJECTOR (lidocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*LOCAL ANESTHETICS - ESTERS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>chloroprocaine hcl (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLOROTEKAL INTRATHELICAL SOLUTION (chloroprocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NESACAINE INJECTION SOLUTION (chloroprocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION (chloroprocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EHA EXTERNAL LOTION</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl (Glydo External Prefilled Syringe)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine external patch</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 patches per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LIDOCAINE HCL EXTERNAL CREAM</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LIDOCAINE HCl EXTERNAL PATCH (lidocaine)</strong></td>
<td>3</td>
<td>QL (3 patches per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pramoxine hcl (Pramox External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>premium lidocaine external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zionodil 100 external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ZTLIDO EXTERNAL PATCH (lidocaine)</strong></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (3 patches per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOOP DIURETICS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bumetanide injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bumetanide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BUMEX ORAL TABLET (bumetanide)</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>EDECRIN ORAL TABLET (ethacrynic acid)</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethacrynic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FUROSEMIDE IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>furosemide injection solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>furosemide oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>furosemide oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LASIX ORAL TABLET (furosemide)</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SODIUM EDECRIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ethacrynic acid)</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>torsemide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>enoxaparin sodium injection solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>enoxaparin sodium subcutaneous solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/ML, 12500 UNIT/0.5ML, 15000 UNIT/0.6ML, 18000 UNIT/0.72ML, 2500 UNIT/0.2ML, 5000 UNIT/0.2ML, 7500 UNIT/0.3ML (dalteparin sodium)</td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (dalteparin sodium)</td>
<td>4</td>
<td>QL (6 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LOVENOX INJECTION SOLUTION (enoxaparin sodium)</td>
<td>5</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LOVENOX SUBCUTANEOUS SOLUTION (enoxaparin sodium)</td>
<td>5</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>LUBRICANT LAXATIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mineral oil heavy oral oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELIDEL EXTERNAL CREAM (pimecrolimus)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>pimecrolimus external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PROTOPIC EXTERNAL OINTMENT (tacrolimus)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>tacrolimus external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (tacrolimus)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (tacrolimus)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>everolimus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (tacrolimus)</td>
<td>2</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PROGRAF ORAL CAPSULE (tacrolimus)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROGRAF ORAL PACKET (tacrolimus)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RAPAMUNE ORAL SOLUTION (sirolimus)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RAPAMUNE ORAL TABLET (sirolimus)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sirolimus oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sirolimus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tacrolimus oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZORTRESS ORAL TABLET (everolimus)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MAGNESIUM COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAGNEBIND 400 ORAL TABLET (magnesium-calcium-folic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MAGNESIUM</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>magnesium chloride injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>magnesium sulfate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAGNESIUM SULFATE-NAACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MANGANESE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>manganese chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>manganese sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>MEGLITINIDE ANALOGUES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nateglinide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>repaglinide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STARLIX ORAL TABLET (nateglinide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MICROSOMAL TRIGLYCERIDE TRANSFER PROTEIN INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG (lomitapide mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; DO; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>JUXTAPID ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG (lomitapide mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MIGRAINE COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIGRAINE PACK COMBINATION THERAPY PACK (sumatriptan-homeopathic prod)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MIGRAINE PRODUCTS - NSAIDS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAMBIA ORAL PACKET (diclofenac potassium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 packets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MIGRAINE PRODUCTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>D.H.E. 45 INJECTION SOLUTION (dihydroergotamine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dihydroergotamine mesylate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>dihydroergotamine mesylate nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (8 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (ergotamine tartrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIGRANAL NASAL SOLUTION (dihydroergotamine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (8 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MINERALOCORTICOIDS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fludrocortisone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (echothiophate iodide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MIOTICS - DIRECT ACTING</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ISOPTO CARPINE OPHTHALMIC SOLUTION (pilocarpine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (acetylcholine chloride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (carbachol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pilocarpine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MISC NATURAL PRODUCTS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XYZMUNE ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MISC. ANTI-ULCER</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARAFATE ORAL SUSPENSION (sucralfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARAFATE ORAL TABLET (sucralfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

170
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sucralfate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sucralfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<p>| | | |</p>
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ALEVAMAX EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMULSION SB EXTERNAL EMULSION (dermatological products, misc.)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ILIDERM EXTERNAL EMULSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOSALUS EXTERNAL FOAM (dermatological products, misc.)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUVAIL EXTERNAL SOLUTION (dermatological products, misc.)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PENLEN EXTERNAL EMULSION (dermatological products, misc.)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRESERA EXTERNAL FOAM (dermatological products, misc.)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REMIGEN EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XERALUX EXTERNAL CREAM (dermatological products, misc.)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MISC. NUTRITIONAL SUBSTANCES COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>3</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CARDIOVID PLUS ORAL CAPSULE (dha-epa-vit b6-b12-folic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MISC. RESPIRATORY INHALANTS***

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>3</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HYPERSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (sodium chloride)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (Nebusal Inhalation Nebulization Solution 3 %)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEBUSAL INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 6 % (sodium chloride)</td>
<td></td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (Pulmosal Inhalation Nebulization Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride inhalation nebulization solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MISC. TOPICAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>3</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NUSURGEPAK SURGICAL PREP/CARE EXTERNAL KIT (chlorhex-mupir-dimeth-silicone)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRE &amp; POST SX POUCH EXTERNAL THERAPY PACK (chlorhex-mupirocin-dimethicone)</td>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MISC. TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>3</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BORIC ACID EXTERNAL GRANULES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QBREXZA EXTERNAL PAD (glycopyrronium tosylate)</td>
<td></td>
<td>PA; QL (1 cloth per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES*** - VITAMINS AND MINERALS

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>3</th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NEXAVIR INJECTION SOLUTION (liver derivative complex)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENOL INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INTRAROSA VAGINAL INSERT (prasterone)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 insert per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MITOTIC INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (paclitaxel protein-bound part)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (etoposide phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>etoposide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>etoposide oral capsule</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION (eribulin mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>IXEMPA KIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ixabepilone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>JEVTANA INTRAVENOUS SOLUTION (cabazitaxel)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MARQUIBO INTRAVENOUS SUSPENSION (vincristine sulfate liposome)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>Navelbine INTRAVENOUS SOLUTION (vinorelbine tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>paclitaxel intravenous concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TAXOTERE INTRAVENOUS CONCENTRATE (docetaxel)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TENIPOSEIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>etoposide (Toposar Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>vinblastine sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>vincristine sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>vinorelbine tartrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MODIFIED CYCLICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nefazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (vortioxetine hbr)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (vortioxetine hbr)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vilazodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG (vilazodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT (vilazodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (selegiline)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARPLAN ORAL TABLET (isocarboxazid)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NARDIL ORAL TABLET (phenelzine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

172
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límites</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PARNATE ORAL TABLET (tranylcypromine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenelzine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tranylcypromine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (emapalumab-lzsg)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (basiliximab)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUSTEDO ORAL TABLET (deutetrabenazine)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (valbenazine tosylate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; DO; LD; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INGREZZA ORAL CAPSULE 80 MG (valbenazine tosylate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (valbenazine tosylate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 pack per 1 year)</td>
</tr>
<tr>
<td>tetrabenazine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>XENAZINE ORAL TABLET (tetrabenazine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AUBAGIO ORAL TABLET (teriflunomide)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MUCOLYTICS</em>** - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetylcysteine inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (laronidase)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (idursulfase)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (galsulfase)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 kits per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 kits per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (interferon beta-1b)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (15 kits per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EXTAVIA SUBCUTANEOUS KIT (interferon beta-1b)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (15 kits per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (peginterferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (interferon beta-1a)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (alemtuzumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 vials per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (natalizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TECFIDERA ORAL (dimethyl fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 kit per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG (dimethyl fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (14 capsules per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG (dimethyl fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VUMERITY (STARTER) ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (diroximel fumarate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (diroximel fumarate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - POTASSIUM CHANNEL BLOCKERS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (dalfampridine)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (glatiramer acetate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (glatiramer acetate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 20 Mg/Ml)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 syringe per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>glatiramer acetate (Glatopa Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 40 Mg/Ml)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MULTIPLE VITAMINS W/ IRON** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>daily multiple vitamins/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vitamin formula+iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vite multivitamin/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>daily-vitamin/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>gnp one daily plus iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>hm one daily/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>multi-day plus iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>nat-rul daily-vite+iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>once daily/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>one daily multivitamin/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>one-daily/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>gc daily multivitamins/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>ra one daily multi-vit plus fe oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>sm multiple vitamins/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>stress b complex/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>stress formula/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>tab-a-vite/iron oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & CALCIUM-FOLIC ACID** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FOLGARD OS ORAL TABLET (multiple vit-min-calcium-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FOLIC ACID** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>corvita oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OCUVEL ORAL CAPSULE (multiple vitamins-minerals-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONEVITE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STROVITE FORTE ORAL SYRUP (multiple vitamins-minerals-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAGEX ORAL CAPSULE (multiple vitamins-minerals-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SYNATEK ORAL CAPSULE (multiple vitamins-minerals-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THRIVITE 19 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UDAMIN SP ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BACMIN ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>biocel oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-plex plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FORTAVIT ORAL CAPSULE (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Lysiplex Plus Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTIVITAMIN ADULT ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICAZEL FORTE ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICAZEL ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRICAP ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Nutrifac Zx Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>one daily multivitamin adult oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REQ 49+ ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SIDEROL ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STROVITE FORTE ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STROVITE ONE ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUPPORT ORAL LIQUID</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tab-a-vite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>v-c forte oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Vic-Forte Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Vita S Forte Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins-minerals (Vitacel Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vita-min oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITAROCA PLUS ORAL TABLET (multiple vitamins-minerals)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MULTIVITAMINS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>anti-oxidant oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daily multiple vitamins oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daily value multivitamin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daily vitamin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daily vitamins oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daily vite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daily vites oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>daily-vitamin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>daily-vite oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESTROFACTORS ORAL TABLET (multiple vitamin)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp essential one daily oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>healthy hair/skin/nails oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE (multiple vitamin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M.V.I. ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE (multiple vitamin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi vitamin daily oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi vitamin mens oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTI VITAMIN ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-day oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamin-folic acid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins essential oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multiple vitamins oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin daily oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamin iron-free oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTIVITAMIN ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamins oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOMULTIVITE ORAL TABLET (multiple vitamin)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OMNICAP ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>once daily oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>one daily essential oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>one daily oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>one-daily multi vitamins oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>one-daily multi-vitamin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc essentials oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUINTABS ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra one daily essential oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra one daily multi-vitamin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sigtab oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm multiple vitamins essential oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>stresses tabs energy oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tab-a-vite/beta carotene oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más baja que los del nivel 1  Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada  En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>THERA ORAL TABLET <em>(multiple vitamin)</em></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thera-mill oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>therapeutic oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thera-tabs oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THEREMS ORAL TABLET <em>(multiple vitamin)</em></td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vit e-vit c-beta carotene oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitalee oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS</em>**-DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carisoprodol-aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>carisoprodol-aspirin-codeine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYCLO/GABA 10/300 ORAL THERAPY PACK</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METAXALL CP COMBINATION KIT <em>(metaxalone-capsaicin)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORPHENADRINE-ASA-CAFFEINE ORAL TABLET</td>
<td>3 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>orphenadrine-aspirin-caffeine <em>(Orphengesic Forte Oral Tablet)</em></td>
<td>1 or 1b* ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NASAL ANTICHOLINERGICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NASAL ANTIHISTAMINES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 package per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>olopatadine hcl nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PATANASE NASAL SOLUTION <em>(olopatadine hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NASAL STEROIDS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BECONASE AQ NASAL SUSPENSION <em>(beclomethasone diprop monohyd)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>flunisolide nasal solution</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluticasone propionate nasal suspension</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>mometasone furoate nasal suspension</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>OMNARIS NASAL SUSPENSION <em>(ciclesonide)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROPEL MINI NASAL IMPLANT <em>(mometasone furoate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROPEL NASAL IMPLANT <em>(mometasone furoate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION <em>(fluticasone propionate)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZETONNA NASAL AEROSOL SOLUTION <em>(ciclesonide)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NATURAL PENICILLINS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION <em>(penicillin g benzathine)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

178
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin g potassium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PENICILLIN G PROCAINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin g sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin v potassium oral solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>penicillin v potassium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pfizerpen injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*NEEDLES & SYRINGES*** - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT

<table>
<thead>
<tr>
<th>Marca</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1ST TIER UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ABOUTTIME PEN NEEDLE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADVOCATE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AURORA PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AURORA UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD AUTOSHIELD (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD AUTOSHIELD DUO (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYR ULTRAFINE II (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE 25G X 1&quot; 1 ML, 25G X 5/8&quot; 1 ML, 26G X 1/2&quot; 1 ML, 27.5G X 5/8&quot; 2 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE 27G X 1/2&quot; 1 ML, 29G X 1/2&quot; 0.3 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 29G X 1/2&quot; 1 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 27G X 5/8&quot; 1 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2&quot; 0.5 ML, 28G X 1/2&quot; 1 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE U/F (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE U-100 1 ML (insulin syringes (disposable))</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE U-500 (insulin syringe/needle u-500)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE MICRO U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE MINI U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE NANO U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN NEEDLE SHORT U/F (insulin pen needle)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2&quot; 0.3 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 0.5 ML, 31G X 15/64&quot; 0.3 ML, 31G X 15/64&quot; 0.5 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64&quot; 1 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD SAFETY-LOK INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64&quot; 0.3 ML, 31G X 15/64&quot; 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 31G X 15/64&quot; 1 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>2</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAREFINE PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CARETOUCH PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLEVER CHOICE COMFORT EZ (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CLICKFINE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2&quot; 0.3 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 29G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 1/2&quot; 0.3 ML, 30G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 15/64&quot; 0.3 ML, 30G X 15/64&quot; 1 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML, 30G X 5/16&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 1 ML, 31G X 15/64&quot; 0.3 ML, 31G X 15/64&quot; 0.5 ML, 31G X 15/64&quot; 1 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML, 31G X 5/16&quot; 0.5 ML, 31G X 5/16&quot; 1 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET INSULIN SYRINGE 30G X 15/64&quot; 0.5 ML (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET MICRON (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPLET PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DRUG MART UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles  Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 2=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL= límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada  **En vigencia desde el 08/01/2020**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY GLIDE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELITE-THIN INSULIN SYRINGE 28G X 1/2'' 0.5 ML, 28G X 1/2'' 1 ML, 28G X 5/16'' 1 ML, 29G X 1/2'' 0.5 ML, 29G X 1/2'' 1 ML, 29G X 5/16'' 1 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</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELITE-THIN INSULIN SYRINGE 28G X 5/16'' 0.5 ML, 29G X 5/16'' 0.5 ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EQL INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FIFTY50 PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIP+</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FREDS PHARMACY UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FREESTYLE PRECISION INS SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL EASY GLIDE INSYR 31G X 15/64'' 0.3 ML, 31G X 15/64'' 0.5 ML, 31G X 5/16'' 0.3 ML</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL EASY GLIDE INSYR 31G X 15/64'' 1 ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL INJECT EASE INSYR</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLOBAL INSULIN SYRINGES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCOPRO INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP CLICKFINE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHWISE UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HM ULTICARE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE 27G X 1/2&quot; 0.5 ML, 27G X 1/2&quot; 1 ML, 28G X 1/2&quot; 0.5 ML, 28G X 1/2&quot; 1 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 29G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 1/2&quot; 1 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML, 31G X 5/16&quot; 0.3 ML</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE 29G X 1&quot; 0.3 ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE/NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSUPEN PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSUPEN SENSITIVE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INSUPEN ULTRAFIN (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KINRAY INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>KROGER PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEADER INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEADER UNIFINE PENTIPS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LITETOUCH INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LITETOUCH PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LONGS INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MARATHON MEDICAL PENTIPS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXICOMFORT II PEN NEEDLE (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2&quot; <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIC INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MEIJER PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MICRODOT PEN NEEDLE <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MM PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MONOJECT INSULIN SYRINGE <em>(insulin syringes (disposable))</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MS INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE AUTOCOVER <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE PLUS <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOTWIST <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PC UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES 1/2&quot;</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES 3/16&quot;</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEN NEEDLES 5/16&quot;</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PENTIPS <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRECISION SUREDOSE PLUS SYR <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 28G X 1/2&quot; 0.5 ML, 28G X 1/2&quot; 1 ML, 29G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 0.3 ML <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 30G X 3/8&quot; 0.5 ML <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PREVENT SAFETY PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRO COMFORT INSULIN SYRINGE <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRO COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRODIGY INSULIN SYRINGE <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PURE COMFORT PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PX INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PX MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PX PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QC PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QC UNFINE PENTIPS</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RA PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REALITY INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELI-ON INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION MINI PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELION SHORT PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFESNAP INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAFETY INSULIN SYRINGES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SB INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SECURESAFE INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO UNIFINE PENTIPS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-FINE PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-JECT INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TECHLITE PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH MINI PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUE COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES (insulin pen needle)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS INSULIN SYRINGE (insulin syringe-needle u-100)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ULTICARE INSULIN SAFETY SYR <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE INSULIN SYRINGE <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE MICRO PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE MINI PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE SHORT PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET INSULIN SYRINGE <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET INSULIN SYRINGE SHORT <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTILET PEN NEEDLE <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA FLO INSULIN SYRINGE <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA THIN PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II INS SYR SHORT <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-THIN II PEN NEEDLES <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFINE PENTIPS <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFINE PENTIPS PLUS <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VALUMARK PEN NEEDLES</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2&quot; 1 ML, 29G X 5/16&quot; 1 ML, 30G X 1/2&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 0.5 ML, 30G X 5/16&quot; 1 ML <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16&quot; 0.5 ML, 30G X 3/16&quot; 1 ML <em>(insulin syringe-needle u-100)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNIFINE PENTIPS <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VP INSULIN SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS <em>(insulin pen needle)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (200 needles per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>NEURAMINIDASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 capsule per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 capsule per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (180 mL per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (peramivir)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (zanamivir)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 package per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (oseltamivir phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (20 capsule per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (oseltamivir phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (10 capsule per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (oseltamivir phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (180 mL per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS</em>** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (onabotulinumtoxina)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (abobotulinumtoxina)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (rimabotulinumtoxinb)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (incobotulinumtoxina)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NICOTINIC ACID DERIVATIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>niacin (antihiperlipidemic) oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>niacin er (antihiperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>niacin er (antihiperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>niacor oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NIASPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 750 MG (niacin (antihiperlipidemic))</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NIASPAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG (niacin (antihyperlipidemic))</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NITRATE &amp; VASODILATOR COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIDIL ORAL TABLET (isosorb dinitrate-hydralazine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NITRATE VASODILATING AGENTS</em>** - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECTIV RECTAL OINTMENT (nitroglycerin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NITRATES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DILATRATE-SR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (isosorbide dinitrate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GONITRO SUBLINGUAL PACKET (nitroglycerin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ISORDIL TITRADOSE ORAL TABLET (isosorbide dinitrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide dinitrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide mononitrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin (Minitran Transdermal Patch 24 Hour)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT (nitroglycerin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR (nitroglycerin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR (nitroglycerin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITROGLYCERIN INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin sublingual tablet sublingual</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin translingual solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITROLINGUAL TRANSLINGUAL SOLUTION (nitroglycerin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITROMIST TRANSLINGUAL AEROSOL SOLUTION (nitroglycerin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITROSTAT SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (nitroglycerin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitro-time oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITROGEN MUSTARDS*** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALKERAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (melphalan hcl)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ALKERAN ORAL TABLET (melphalan)</td>
<td>3; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>cyclophosphamide injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>cyclophosphamide oral capsule</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>EVOMELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (melphalan hcl)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ifosfamide)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ifosfamide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>LEUKERAN ORAL TABLET (chlorambucil)</td>
<td>2; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>melphalan hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>melphalan oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NITROSOUREAS*** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BICNU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (carmustine)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>carmustine intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>GLEOSTINE ORAL CAPSULE</strong> (lomustine)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GLIADEL WAFFER IMPLANT WAFFER</strong> (carmustine in polifeprosan)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED</strong> (streptozocin)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>N-METHYL-D-ASPARTATE (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg &amp; 21 x 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>memantine hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NAMENDA ORAL TABLET 10 MG</strong> (memantine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NAMENDA ORAL TABLET 5 MG</strong> (memantine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NAMENDA TITRATION PAK ORAL TABLET</strong> (memantine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NAMENDA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</strong> (memantine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</strong> (memantine hcl)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</strong> (zolpidem tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AMBIEN ORAL TABLET</strong> (zolpidem tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL</strong> (zolpidem tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>eszopiclone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERMEZZO SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL</strong> (zolpidem tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LUNESTA ORAL TABLET</strong> (eszopiclone)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zaleplon oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zolpidem tartrate er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zolpidem tartrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>zolpidem tartrate sublingual tablet sublingual</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ZOLPIMIST ORAL SOLUTION</strong> (zolpidem tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS</strong>* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>atracurium besylate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cisatracurium besylate (pf) intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cisatracurium besylate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NIMBEX INTRAVENOUS SOLUTION</strong> (cisatracurium besylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>pancuronium bromide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>rocuronium bromide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROCURONIUM BROMIDE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vecuronium bromide intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (apomorphine hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KYNMOBI SUBLINGUAL FILM (apomorphine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (pramipexole dihydrochloride)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRAPEX ORAL TABLET (pramipexole dihydrochloride)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (rotigotine)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 patch per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pramipexole dihydrochloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REQUIP XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (ropinirole hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ropinirole hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NON-NARC ANTITUSIVE-ANTIHISTAMINE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-dm oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (120 mL per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NON-NARC ANTITUSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pseudoeph-bromphen-dm (Bromfed Dm Oral Syrup)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOTUSS PLUS ORAL LIQUID (phenylephrine-chlorphen-dm)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NONSTERoidal ANTI-INFLAMMATory AGENT COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50-0.2 MG (diclofenac-misoprostol)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 75-0.2 MG (diclofenac-misoprostol)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 50-0.2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac-misoprostol oral tablet delayed release 75-0.2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATory AGENTS (NSAIDS)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANAPROX DS ORAL TABLET (naproxen sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANJESO INTRAVENOUS INJECTABLE (meloxicam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CALDOLOR INTRAVENOUS SOLUTION (ibuprofen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>DAPRO ORAL TABLET</strong> (oxaprozin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac potassium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE</strong> (naproxen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>FELDENE ORAL CAPSULE</strong> (piroxicam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fenoprofen calcium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flurbiprofen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibuprofen (Ibu Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibuprofen lysine intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ibuprofen oral suspension</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ibuprofen oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin er oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin oral capsule 25 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin oral capsule 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>indomethacin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketoprofen er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketoprofen oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine injection solution 15 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (20 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LODINE ORAL TABLET</strong> (etodolac)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meclofenamate sodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mefenamic acid oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (29 capsule per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>meloxicam oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MOBIC ORAL TABLET</strong> (meloxicam)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nabumetone oral tablet 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>nabumetone oral tablet 750 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR</strong> (naproxen sodium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NAPROSYN ORAL SUSPENSION</strong> (naproxen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen dr oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>naproxen oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen sodium er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>naproxen sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOPROFEN INTRAVENOUS SOLUTION (ibuprofen lysine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxaprozin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>piroxicam oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulindac oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tolmetin sodium oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tolmetin sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NSAID-NUTRITIONAL SUPPLEMENT COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRASTERA ORAL KIT (prasterone &amp; ibuprofen)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC ANTIALLERGIC</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALOCRIL OPHTHALMIC SOLUTION (nedocromil sodium)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALOMIDE OPHTHALMIC SOLUTION (lodoxamide tromethamine)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>azelastine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 24 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>cromolyn sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>epinastine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION (alcaftadine)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION (cetirizine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 bottle per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC ANTIBIOTICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (azithromycin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.24 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (besifloxacin hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (ciprofloxacin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.12 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION (moxifloxacin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.1 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ciropoxacin hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>erythromycin ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gatifloxacin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentak ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (0.24 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>gentamicin sulfate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>levofloxacin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.1 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 vial per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (ofloxacin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ofloxacin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (0.7 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (tobramycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.12 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOBREX OPHTHALMIC SOLUTION (tobramycin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.7 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (moxifloxacin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 vial per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYMAXID OPHTHALMIC SOLUTION (gatifloxacin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC ANITIFUNGAL</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (natamycin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ak-poly-bac ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin-polymyx b ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-bacitracin zn-polymyx (Neo-Polycin Ophthalmic Ointment)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin-polymyx b (Polycin Ophthalmic Ointment)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>POLYTRIM OPHTHALMIC SOLUTION (polymyxin b-trimethoprim)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC ANTISEPTICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (povidone-iodine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC ANTIVIRALS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trifluridine ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.25 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZIRGAN OPHTHALMIC GEL (ganciclovir)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.72 gram per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION (brinzolamide)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dorzolamide hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRUSOPT OPHTHALMIC SOLUTION (dorzolamide hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ak-fluor intravenous solution 10 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AK-FLUOR INTRAVENOUS SOLUTION 25 %</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>altafluor benox ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluorescein-benoxinate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FLUORESCITE INTRAVENOUS SOLUTION (fluorescein sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluorescein sodium (Fluor-I-Strips A.T. Ophthalmic Strip)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLURA-SAFE OPHTHALMIC SOLUTION (fluorexon-benoxinate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluorescein sodium (Glostrips Ophthalmic Strip)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lissame green ophthalmic strip</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PAREMYD OPHTHALMIC SOLUTION (hydroxyamphetamine-tropicamide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>proparacaine-fluorescein ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROSE GLO OPHTHALMIC STRIP (rose bengel)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION (cyclosporine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 bottle per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION (cyclosporine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 vials per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balanced salt intraocular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BSS INTRAOCULAR SOLUTION (ophth irn soln-intraocular)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AKTEN OPHTHALMIC GEL (lidocaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (proparacaine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>proparacaine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACULAR LS OPHTHALMIC SOLUTION (ketorolac tromethamine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACULAR OPHTHALMIC SOLUTION (ketorolac tromethamine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACUVAIL OPHTHALMIC SOLUTION (ketorolac tromethamine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION (bromfenac sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diclofenac sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>flurbiprofen sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION (nepafenac)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION (nepafenac)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION (bromfenac sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (verteporfin)</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 % (brimonidine tartrate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.15 % (brimonidine tartrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>apraclonidine hcl ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>brimonidine tartrate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IOPIDINE OPHTHALMIC SOLUTION (apraclonidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC STEROID COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitra-neomycin-polyoxin-hc ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BLEPHAMIDE OPHTHALMIC SUSPENSION (sulfacetamide-prednisolone)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT (sulfacetamide-prednisolone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAXITROL OPHTHALMIC OINTMENT (neomycin-polyoxyn-dexameth)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAXITROL OPHTHALMIC SUSPENSION (neomycin-polyoxin-dexameth)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polyoxin-dexameth ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polyoxin-dexameth ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polyoxin-hc ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bacitracin-polyoxyn-neo-hc (Neo-Polycin Hc Ophthalmic Ointment)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRED-G OPHTHALMIC SUSPENSION (gentamicin-prednisolone acet)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRED-G S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT (gentamicin-prednisolone acet)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT (tobramycin-dexamethasone)</td>
<td>2</td>
<td>QL (0.12 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOBRADEX OPHTHALMIC SUSPENSION (tobramycin-dexamethasone)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION (tobramycin-dexamethasone)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION (loteprednol-tobramycin)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC STEROIDS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION (loteprednol etabonate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXTENZA OPHTHALMIC INSERT (dexamethasone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXYCU INTRAOCULAR SUSPENSION (dexamethasone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION (difluprednate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (10 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (fluorometholone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fluorometholone ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (fluorometholone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (fluorometholone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FML OPHTHALMIC OINTMENT (fluorometholone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT (fluocinolone acetonide)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>INVEL/TYS OPHTHALMIC SUSPENSION (loteprednol etabonate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOTE MAX OPHTHALMIC GEL (loteprednol etabonate)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOTE MAX OPHTHALMIC OINTMENT (loteprednol etabonate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOTE MAX OPHTHALMIC SUSPENSION (loteprednol etabonate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOTE MAX SM OPHTHALMIC GEL (loteprednol etabonate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>loteprednol etabonate ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION (dexamethasone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OZURDEX INTRAVITREAL IMPLANT (dexamethasone)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PRED FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (prednisolone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRED MILD OPHTHALMIC SUSPENSION (prednisolone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prednisolone acetate ophthalmic suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RETISERT INTRAVITREAL IMPLANT (fluocinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIESENCE INTRAOCULAR SUSPENSION (triamcinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (fluocinolone acetonide)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC SULFONAMIDES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BLEPH-10 OPHTHALMIC SOLUTION (sulfacetamide sodium)</td>
<td>3</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.12 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (0.5 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC SURGICAL AIDS - COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DISCOVISC INTRAOCULAR SOLUTION (na chondroit sulf-na hyaluron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUOVISC INTRAOCULAR KIT (na hyalur &amp; na chond-na hyalur)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OMIDRIA INTRAOCULAR SOLUTION (phenylephrine-ketorolac)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VISCOAT INTRAOCULAR SOLUTION (na chondroit sulf-na hyaluron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC SURGICAL AIDS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMVISC INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMVISC PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOLOX INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (hypromellose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELFILM OPHTHALMIC FILM (gelatin adsorbable)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>HEALON GV INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEALON INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEALON5 INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEMBRANEBLUE OPHTHALMIC SOLUTION (trypan blue)</td>
<td>3</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td>hypromellose (Ocucoat Viscoadherent Intraocular Solution)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION (sodium hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TISSUEBLUE INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (brilliant blue g)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VISIONBLUE OPHTHALMIC SOLUTION (trypan blue)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMICS - CYSTINOSIS AGENTS</em>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION (cysteamine hcl)</td>
<td>3 PA; LD</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPIOID AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIQ BUCCAL LOZENGE ON A HANDLE (fentanyl citrate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 lozenge per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ALFENTANIL HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CODEINE SULFATE ORAL TABLET 30 MG, 60 MG</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (tramadol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DEMEROL INJECTION SOLUTION (meperidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DILAUDID INJECTION SOLUTION (hydromorphone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DILAUDID ORAL LIQUID (hydromorphone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (24 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DILAUDID ORAL TABLET (hydromorphone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DOLOPHINE ORAL TABLET 10 MG (methadone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DOLOPHINE ORAL TABLET 5 MG (methadone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (12 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (sufentanil citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DURAGESIC-100 TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR (fentanyl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (15 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DURAGESIC-12 TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR (fentanyl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (15 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DURAGESIC-25 TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR (fentanyl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (15 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DURAGESIC-50 TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR (fentanyl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (15 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DURAGESIC-75 TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR (fentanyl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (15 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>*duramorph injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML, 50 MCG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA=medicamento de marca  genéricos=medicamento de nombre genérico  Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles. Nivel 1 or 1a*=tienen la distribución de costos más baja  Nivel 1 or 1b*=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 2  Nivel 3=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 4=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  $0=medicamentos preventivos  DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=limítes de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada  **En vigencia desde el 08/01/2020**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>fentanyl citrate (pf) injection solution cartridge</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 lozenge per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl citrate buccal tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL CITRATE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL CITRATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL CITRATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fentanyl transdermal patch 72 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (15 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FENTORA BUCCAL TABLET (fentanyl citrate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 12 mg, 16 mg, 32 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 8 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL INJECTION SOLUTION 0.2 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl oral liquid</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (24 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 2 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 10 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 injection per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 4 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 injection per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL RECTAL SUPPOSITORY</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 suppositories per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL-NACL INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL-NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL-NACL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (morphine sulfate microinfusion)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (morphine sulfate microinfusion)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>levorphanol tartrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (7 days per 1 fill)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>meperidine hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>METHADONE HCL INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl (Methadone Hcl Intensol Oral Concentrate)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral solution 5 mg/5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (60 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (12 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl oral tablet soluble</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>METHADOSE ORAL CONCENTRATE (methadone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl (Methadose Oral Tablet Soluble)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>METHADOSE SUGAR-FREE ORAL CONCENTRATE (methadone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate microinfusion (Mitigo Injection Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate (concentrate) oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate (pf) injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MORPHINE SULFATE (PF) INJECTION SOLUTION 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML, 5 MG/ML, 8 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MORPHINE SULFATE (PF) INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 75 mg, 90 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 30 mg, 45 mg, 60 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MORPHINE SULFATE INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 pens per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MORPHINE SULFATE INTRAMUSCULAR DEVICE</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate intravenous solution 25 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate intravenous solution 50 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 suppositories per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>morphine sulfate rectal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MORPHINE SULFATE-NAACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MORPHINE SULFATE-NAACL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150-0.9 MG/30ML-%</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MORPHINE SULFATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 2-0.9 MG/ML-%, 30-0.9 MG/30ML-%, 4-0.9 MG/ML-%, 50-0.9 MG/50ML-%, 55-0.9 MG/55ML-%</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 100 MG, 15 MG, 30 MG, 60 MG (morphine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 200 MG (morphine sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (tapentadol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (181 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (tapentadol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (tapentadol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OPANA ORAL TABLET (oxymorphine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OXAYDO ORAL TABLET ABUSE-DETERRENT (oxycodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 days per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl er oral tablet er 12 hour abuse-deterrent 80 mg</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (7 days per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (oxycodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 60 MG, 80 MG (oxycodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 7.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphone hcl er oral tablet extended release 12 hour 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphone hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxymorphone hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>remifentanil hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROXICODONE ORAL TABLET (oxycodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUFENTANIL CITRATE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAPRYN FUSEPAQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (tramadol hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er (biphasic) oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol hcl oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (remifentanil hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAM ORAL TABLET (tramadol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPIOID ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>naloxone hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 vial per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naloxone hcl injection solution cartridge</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 syringe per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naloxone hcl injection solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 syringe per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naltrexone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NARCAN NASAL LIQUID (naloxone hcl)</td>
<td>2</td>
<td>QL (6 nasal spray per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (naltrexone)</td>
<td>5</td>
<td>SP; QL (1 vial per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-codeine oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-codeine oral syrup</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TUSCICAPS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (hydrocod polst-chlorphen polst)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (chlorpheniramidine-codeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TUZISTRA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (codeine polst-chlorphen polst)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Z-TUSS AC ORAL LIQUID (chlorpheniramidine-codeine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAPCOF ORAL SYRUP</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HISTEX-AC ORAL SYRUP (phenyleph-triprolidine-codeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAR-COF BP ORAL LIQUID (pseudoeph-bromphen-cod)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M-END PE ORAL LIQUID (phenylephrine-bromphen-codeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine vc/codeine oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRO-RED AC ORAL SYRUP (phenyleph-dexchlorphen-codeine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RYDEX ORAL LIQUID (pseudoeph-bromphen-cod)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPIOID COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APADAZ ORAL TABLET (benzhydrocodone-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 10-325 Mg, 2.5-325 Mg, 7.5-325 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen (Endocet Oral Tablet 5-325 Mg)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>naloxet oral tablet</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 7.5-325 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-300 mg</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxycodone-aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PERCOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 7.5-325 MG (oxycodone-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PERCOCET ORAL TABLET 5-325 MG (oxycodone-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PRIMLEV ORAL TABLET (oxycodone-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROLATE ORAL TABLET (oxycodone-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPIOID PARTIAL AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BELBUCA BUCCAL FILM (buprenorphine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 film per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BUNAVAIL BUCCAL FILM 2.1-0.3 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BUNAVAIL BUCCAL FILM 4.2-0.7 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BUNAVAIL BUCCAL FILM 6.3-1 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BUPRENEX INJECTION SOLUTION (buprenorphine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablets per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>buprenorphine transdermal patch weekly</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 package per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butorphanol tartrate injection solution 2 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>butorphanol tartrate nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 bottles per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>BUTTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (buprenorphine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 package per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>nalbuphine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pentazocine-naloxone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (12 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROBUPHINE IMPLANT KIT SUBCUTANEOUS IMPLANT (buprenorphine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBLOCADE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (buprenorphine)</td>
<td>5</td>
<td>LD; QL (1 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 2-0.5 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (12 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 4-1 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 8-2 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 films per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 0.7-0.18 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (23 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 1.4-0.36 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (12 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 11.4-2.9 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.9-0.71 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (5 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 5.7-1.4 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZUBSOLV SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 8.6-2.1 MG (buprenorphine hcl-naloxone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VANIQA EXTERNAL CREAM (eflornithine hcl)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN <strong>OSMOTIC DIURETICS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OSMOTIC DIURETICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mannitol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>osmitrol intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OSTOMY SUPPLIES</strong>* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 12FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 14FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 16FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 18FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANGAROO BALLOON 20FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/0.8CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.7CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

204
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/3.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/3CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/4.5CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/4CM KIT (ostomy supplies)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*OTIC AGENTS - MISCELLANEOUS***

- *acetic acid otic solution* 1 or 1b*

*OTIC ANALGESIC COMBINATIONS***

- *pramoxine-hc-chloroxylenol* (Cortic-Nd Otic Solution) 1 or 1b*
- *OTICIN HC NR OTIC SOLUTION* (pramoxine-hc-chloroxylenol) 3
- *PRAMOTIC OTIC LIQUID* (pramoxine-chloroxylenol) 3

*OTIC ANTI-INFECTIVES***

- *CETRAXAL OTIC SOLUTION* (ciprofloxacin hcl) 3 QL (1 fill per 30 days)
- *ciprofloxacin hcl otic solution* 1 or 1b* QL (1 fill per 30 days)
- *ofloxacin otic solution* 1 or 1b* QL (1 fill per 30 days)
- *OTIPRIO INTRATYMPANIC SUSPENSION* (ciprofloxacin) 3

*OTIC STEROID-ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS***

- *CIPRO HC OTIC SUSPENSION* (ciprofloxacin-hydrocortisone) 3 QL (1 fill per 30 days)
- *CIPRODEX OTIC SUSPENSION* (ciprofloxacin-dexamethasone) 2 QL (1 fill per 30 days)
- *ciprofloxacin-fluocinolone pf otic solution* 1 or 1b* QL (1 fill per 30 days)
- *CORTISPORIN-TC OTIC SUSPENSION* (neomycin-colist-hc-thonzonium) 3
- *neomycin-polymyxin-hc otic solution* 1 or 1b*
- *neomycin-polymyxin-hc otic suspension* 1 or 1b*
- *OTOVEL OTIC SOLUTION* (ciprofloxacin-fluocinolone) 2 QL (1 fill per 30 days)

*OTIC STEROIDS***

- *DERMOTIC OTIC OIL* (fluocinolone acetonide) 3
- *fluocinolone acetonide* (Flac Otic Oil) 1 or 1b*
- *fluocinolone acetonide otic oil* 1 or 1b*
- *hydrocortisone-acetic acid otic solution* 1 or 1b* QL (1 fill per 30 days)

*OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS***

- *CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED* 5 PA; SP
- *GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED* (follitropin alfa) 4 PA; SP
- *GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION* (follitropin alfa) 4 PA; SP

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (follitropin alfa)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (menotropins)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (chorionic gonadotropin)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>OVIDREL SUBCUTANEOUS INJECTABLE (choriogonadotropin alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (chorionic gonadotropin)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC</em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clomiphene citrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OXAZOLIDINONES</em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid in sodium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (900 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>linezolid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (28 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (tedizolid phosphate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SIVEXTRO ORAL TABLET (tedizolid phosphate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (6 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (linezolid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (linezolid)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (900 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYVOX ORAL TABLET (linezolid)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (28 tablet per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OXYTOCINS</em></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylergonovine maleate (Methergine Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylergonovine maleate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylergonovine maleate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxytocin injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OXYTOCIN-LACTATED RINGERS INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OXYTOCIN-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PITOCIN INJECTION SOLUTION (oxytocin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PABA</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminobenzoate potassium oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (teriparatide (recombinant))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 pen per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (parathyroid hormone (recombi))</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 cartridge per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>TERIPARATIDE (RECOMBINANT) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (abaloparatide)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>P</strong>ED MULTI VITAMINS W/FL &amp; FE*** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vit/iron/flouride oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamin/flouride/iron oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin/flouride/iron oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLY-VI-FLOR/IRON ORAL SUSPENSION (ped multivitamins-fl-iron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (ped multivitamins-fl-iron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (ped multivitamins-fl-iron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>P</strong>ED MULTIPLE VITAMINS W/MINERALS &amp; C*** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pediatric multivit-minerals-c (Vitamax Pediatric Oral Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>P</strong>ED MV W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (pediatric multivitamins-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vit/iron/flouride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin/flouride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multi-vitamin/flouride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamin/flouride oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multivitamins/flouride oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pediatric multivitamins-fl (Mvc-Flouride Oral Tablet Chewable)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLY-VI-FLOR FS ORAL STRIP (pediatric multivitamins-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (pediatric multivitamins-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (pediatric multivitamins-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUFLORA GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (pediatric multivitamins-fl)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (pediatric multivitamins-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (pediatric multivitamins-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>P</strong>ED VITAMINS ACD &amp; FA W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (ped vit a-c-d-methylfolate-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>P</strong>ED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE*** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ade/cf (0.5mg/ml) oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tri-vitamin/flouride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>tri-vite/fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamins acd-fluoride oral solution</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS*** - DRUGS FOR NUTRITION

- INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION *(pediatric multiple vitamins)*
  - Nivel 3

- M.V.I. PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED *(pediatric multiple vitamins)*
  - Nivel 3

**PENICILLIN COMBINATIONS***

- amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour
  - Nivel 1 or 1b*
  - QL (1 fill per 30 days)
- amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted
  - Nivel 1 or 1b*
- amoxicillin-pot clavulanate oral tablet
  - Nivel 1 or 1b*
- amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable
  - Nivel 1 or 1b*
- amoxicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted
  - Nivel 1 or 1b*
- amoxicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted
  - Nivel 1 or 1b*
- AUGMENTIN ES-600 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED *(amoxicillin-pot clavulanate)*
  - Nivel 3
- AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125-31.25 MG/5ML *(amoxicillin-pot clavulanate)*
  - Nivel 2
- AUGMENTIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 250-62.5 MG/5ML *(amoxicillin-pot clavulanate)*
  - Nivel 3
- AUGMENTIN ORAL TABLET *(amoxicillin-pot clavulanate)*
  - Nivel 3
- BICILLIN C-R 900/300 INTRAMUSCULAR SUSPENSION *(penicillin g benzathine & proc)*
  - Nivel 3
- BICILLIN C-R INTRAMUSCULAR SUSPENSION *(penicillin g benzathine & proc)*
  - Nivel 3
- piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted
  - Nivel 1 or 1b*
- UNASYN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED *(ampicillin-sulbactam sodium)*
  - Nivel 3
- UNASYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED *(ampicillin-sulbactam sodium)*
  - Nivel 3
- ZOSYN INTRAVENOUS SOLUTION *(piperacillin-tazobactam in dex)*
  - Nivel 3

**PENICILLINASE-RESISTANT PENICILLINS***

- dicloxacillin sodium oral capsule
  - Nivel 1 or 1b*
- NACFILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION
  - Nivel 3
- nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm
  - Nivel 1 or 1b*
- NACFILLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM
  - Nivel 3
- nafcillin sodium intravenous solution reconstituted
  - Nivel 1 or 1b*

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

En vigencia desde el 08/01/2020

208
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxacillin sodium injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PERIPHERAL COMT INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COMTAN ORAL TABLET (entacapone)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>entacapone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PERIPHERAL OPIOID RECEPTOR ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENTEREG ORAL CAPSULE (alvimopan)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MOVANTIK ORAL TABLET (naloxegol oxalate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELISTOR ORAL TABLET (methylenealtrexone bromide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (methylenealtrexone bromide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMPROIC ORAL TABLET (naldemedine tosylate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PERIPHERAL VASODILATORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>papaverine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PERITONIAL DIALYSIS SOLUTIONS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/4.25% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-SM/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-SM/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL LOW CALCIUM/1.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL LOW CALCIUM/2.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL LOW CALCIUM/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL PD-2/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL PD-2/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL PD-2/4.25% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EXTRANEAL INTRAPERITONEAL SOLUTION (icodextrin-electrolytes)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL PD-2/1.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL PD-2/2.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL PD-2/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*PHENOTHIAZINES & TRICYCLIC AGENTS***

perphenazine-amitriptyline oral tablet 1 or 1b*

*PHENOTHIAZINES***

CHLORPROMAZINE HCL INJECTION SOLUTION 3

chlorpromazine hcl oral tablet 1 or 1b*
prochlorperazine (Compro Rectal Suppository) 1 or 1b*
fluphenazine decanoate injection solution 1 or 1b*
fluphenazine hcl injection solution 1 or 1b*
fluphenazine hcl oral concentrate 1 or 1b*
fluphenazine hcl oral elixir 1 or 1b*
fluphenazine hcl oral tablet 1 or 1b*
perphenazine oral tablet 1 or 1b*
prochlorperazine edisylate injection solution 1 or 1b*
prochlorperazine maleate oral tablet 1 or 1a*
prochlorperazine rectal suppository 1 or 1b*
thioridazine hcl oral tablet 1 or 1b*
trifluoperazine hcl oral tablet 1 or 1b*

*PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS***

KUVAN ORAL PACKET (sapropterin dihydrochloride) 5 PA; LD; SP
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE (sapropterin dihydrochloride) 5 PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (pegvaliase-pqpz) 5 PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (pegvaliase-pqpz) 5 PA; LD; SP; QL (2 syringes 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 alta que los del nivel 1 Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD= distribución limitada PA=autorización previa QL= límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020

210
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>PHOSPHATE BINDER AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AURYXIA ORAL TABLET (ferric citrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>calcium acetate (phos binder) oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcium acetate (phos binder) oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcium acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOSRENOL ORAL PACKET (lanthanum carbonate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE (lanthanum carbonate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>lanthanum carbonate oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHOSLYRA ORAL SOLUTION (calcium acetate (phos binder))</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RENAGEL ORAL TABLET (sevelamer hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RENAGEL ORAL TABLET (sevelamer carbonate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>sevelamer carbonate oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sevelamer carbonate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sevelamer hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE (sucroferric oxyhydroxide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PHOSPHATES</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION (sodium glycerophosphate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K-PHOS ORAL TABLET (potassium phosphate monobasic)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (k phos mono-sod phos di &amp; mono)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>k phos mono-sod phos di &amp; mono (Phospha 250 Neutral Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phosphorous oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>k phos mono-sod phos di &amp; mono (Phospho-Trin 250 Neutral Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium phosphates intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>virt-phos 250 neutral oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PHOSPHATES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (pot &amp; sod ac phosphates)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cilostazol oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate in dextrose intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMELUZ EXTERNAL GEL <em>(aminolevulinic acid hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED <em>(aminolevulinic acid hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLASMA EXPANDERS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HESPAN INTRAVENOUS SOLUTION <em>(hetastarch-nacl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION <em>(hetastarch in lact electrolyte)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION <em>(ecallantide)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (48 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLASMA PROTEINS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Albuked 25 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Albuked 5 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALBUMINEX INTRAVENOUS SOLUTION <em>(albumin human-kjeta)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin-zlb intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alburx intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Albutein Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Flexbumin Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Human Albumin Grifols Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kedbumin intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP A INTRAVENOUS SOLUTION <em>(plasma human)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP AB INTRAVENOUS SOLUTION <em>(plasma human)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP B INTRAVENOUS SOLUTION <em>(plasma human)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP O INTRAVENOUS SOLUTION <em>(plasma human)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Plasbumin-25 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>albumin human (Plasbumin-5 Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PLASMANATE INTRAVENOUS SOLUTION <em>(plasma protein fraction)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>THROMBATE III INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (antithrombin iii (human))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLATELET AGGREGATION INHIBITOR COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AGGRENEX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (aspirin-dipyridamole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ASPIRIN-OMEPRAZOLE ORAL TABLET DELAYED RELEASE</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PLATELET AGGREGATION INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dipyridamole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DURLAZA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (aspirin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>PLEURAL SCLEROSING AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCLEROSOL INTRAPLEURAL INTRAPLEURAL AEROSOL POWDER (talc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STERILE TALC POWDER INTRAPLEURAL SUSPENSION RECONSTITUTED (talc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STERITALC INTRAPLEURAL POWDER (talc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>POLYMYXINS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLYMYXIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (colistimethate sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN) AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRALISE ORAL TABLET 300 MG (gabapentin (once-daily))</td>
<td>2</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>GRALISE ORAL TABLET 600 MG (gabapentin (once-daily))</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GRALISE STARTER ORAL (gabapentin (once-daily))</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG (pregabalin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG (pregabalin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>POTASSIUM COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EFFER-K ORAL TABLET EFFERVESCENT (potassium bicarb-citric acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pot bicarb-pot chloride oral tablet effervescent</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>POTASSIUM REMOVING RESINS</strong>* - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate (Kionex Oral Suspension)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LOKELMA ORAL PACKET (<em>sodium zirconium cyclosilicate</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral powder</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate rectal suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate (Sps Oral Suspension)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VELTASSA ORAL PACKET (<em>patiromer sorbitex calcium</em>)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>POTASSIUM SPARING DIURETICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALDACTONE ORAL TABLET (<em>spironolactone</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amiloride hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAROSPIR ORAL SUSPENSION (<em>spironolactone</em>)</td>
<td>3</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DYRENIUM ORAL CAPSULE (<em>triamterene</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>spironolactone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamterene oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>POTASSIUM</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium bicarbonate (Effer-K Oral Tablet Effervescent)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con 10 Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride crys er (Klor-Con M10 Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>klor-con m15 oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride crys er (Klor-Con M20 Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con Oral Packet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride (Klor-Con Sprinkle Oral Capsule Extended Release)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium bicarbonate (Klor-Con/Ef Oral Tablet Effervescent)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium bicarbonate (K-Prime Oral Tablet Effervescent)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (<em>potassium chloride</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium acetate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium bicarbonate oral tablet effervescent</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride crys er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride er oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride er oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride oral packet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>potassium chloride oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SARAFEM ORAL TABLET 10 MG (fluoxetine hcl (pmdd))</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>SARAFEM ORAL TABLET 20 MG (fluoxetine hcl (pmdd))</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATAL MV &amp; MIN W/FE-FA</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (prenatal vit-dss-fe cbn-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATABEX OB ORAL TABLET (prenatal vit w/fe bisg-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZESCHEW PRENATAL/POSTNATAL ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BAL-CARE DHA ORAL (prenat-fepoly-fered-fa-omega 3)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL B-CALM ORAL (prenat w/o a fecbnfeglu-fa &amp;b6)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL BLOOM ORAL TABLET (prenat-dss-fecb-fegl-fa)</td>
<td>3 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL RX ORAL TABLET (prenat w/o a-fecb-fegl-dss-fa)</td>
<td>3 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CLASSIC PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>C-NATE DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CO-NATAL FA ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (prenat-fe fum-fepo-fa-omega 3)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CONCEPT OB ORAL CAPSULE (prenat w/o a vit-fe-fepo-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CVS PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUET DHA 400 ORAL (prenat-fepoly-fered-fa-omega 3)</td>
<td>3 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUET DHA BALANCED ORAL (prenat-fepoly-fered-fa-omega 3)</td>
<td>3 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>elite-ob oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENBRACE HR ORAL CAPSULE (prenat vit-fe gly cys-fa-omega)</td>
<td>3 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (prenat w/o a vit-fe fum-fepo-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GNP DAILY PRENATAL ORAL</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GNP PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GOOODSENSE PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HM ONE DAILY PRENATAL ORAL</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HM PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>inatal gt oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET</td>
<td>3 ST</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KPN PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MARNATAL-F ORAL CAPSULE (prenat w/o a-fe poly cmplx-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MULTI PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>M-VIT ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATAL ADVANCE ORAL TABLET (prenatal vit-dss-fe cbn-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATAL ORAL CAPSULE (prenatal multivit-min-fe-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATAL ORAL TABLET (prenatal vit-dss-fe cbn-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATAL PLUS ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATAL-Z ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYNATE 90 PLUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NATACHEW ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NATALVIT ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEEVO DHA ORAL CAPSULE (prenat w/oa-fefum-methf-omegas)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NEONATAL PLUS ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NESTABS DHA ORAL (prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NESTABS ORAL TABLET (prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>NIVA-PLUS ORAL TABLET (prenatal vit-fumarate-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (prenat-fecbn-feaspgl-fa-fish)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>OB COMPLETE ORAL TABLET (prenatal vit-iron carbonyl-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE (prenat-fecbn-feaspgl-fa-omega)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET (prenatal-fe cbn-fe asp gly-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE (prenat-fecbn-feaspgl-fa-omega)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>OBSTETRIX DHA ORAL (prenatal-fecbn-fa-dss-omega 3)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OBSTETRIX EC ORAL TABLET (prenatal vit-dss-fe cbn-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>O-CAL PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONE VITE WOMENS ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ONE-A-DAY WOMENS PRENATAL ORAL</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PERRY PRENATAL ORAL CAPSULE</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNV FOLIC ACID + IRON ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA ORAL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNV TABS 29-1 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNV-OMEGA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENARA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATA ORAL TABLET CHEWABLE (prenatal w/o a vit-fe fum-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prenatabs rx oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prenatal 19 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>prenatal 19 oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRE-NATAL FORMULA ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL FORTE ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL LOW IRON ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG, 28-0.8 MG</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL VITAMIN ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL/IRON ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL-U ORAL CAPSULE (prenatal w/o a vit-fe fum-fa)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE ELITE ORAL TABLET (prenatal-feaspgly-methylfol-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATVITE COMPLETE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATVITE PLUS ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATVITE RX ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREPLUS ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRETAB ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRIMACARE ORAL CAPSULE (pren-fe-meth-fa-omeg w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PROVIDA OB ORAL CAPSULE (prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PX PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QC PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>RA ONE DAILY ORAL</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RA PRENATAL ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RELNATE DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>RIGHT STEP PRENATAL ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE (prenatal vit-fe psac cmplx-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>SE-NATAL 19 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SM ONE DAILY PRENATAL ORAL</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TARON-C DHA ORAL CAPSULE (prenat-feum-fepe-fa-omega 3)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THRIVITE RX ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRICARE ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRICARE PRENATAL DHA ONE ORAL CAPSULE (prenatal-feum-fa-dss-fish oil)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TRINATAL RX 1 ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trinate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRI-TABS DHA ORAL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (prenat w/oa-fefum-methf-omegas)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE II ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE ONE ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIRT-C DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIRT-NATE DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRT-PN PLUS ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (prenatal vit-fe phos-fa-omega)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL-NANO ORAL TABLET (prenatal-fe fum-methf-fa w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL-OB ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (prenat-feum-fered-fa-dha w/oa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITATEHLY WITH GINGER ORAL TABLET (prenatal vit-fe fumarate-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVA DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VOL-PLUS ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VOL-TAB RX ORAL TABLET</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VP-HEME OB + DHA ORAL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VP-PNV-DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ZALVIT ORAL TABLET</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZATEAN-PN PLUS ORAL CAPSULE (prenat w/o a-fe-meth-fa-omega)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATAL MV &amp; MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COMPLETE NATAL DHA ORAL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 400 EC ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 400 ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 430 EC ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PR NATAL 430 ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIVEEN-DUO DHA ORAL (prenat-febis-fepro-fa-ca-omega)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATAL MV &amp; MIN W/FE-FA-DHA</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL 90 DHA ORAL (prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL ASSURE ORAL (prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL BLOOM DHA ORAL (prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL DHA ORAL (prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (prenat-efmc-b-dss-fa-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (prenat-febcm-bf-fua-fa-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ENFAMIL EXPECTA ORAL (prenatal mv-min-fe fum-fa-dha)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NESTABS ONE ORAL CAPSULE (prenat-fe-methylfol-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>OBSTETRIX ONE ORAL CAPSULE (prenat-fe-methyl-dss-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENA 1 TRUE ORAL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENAISSANCE ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (prenatal mv-min-fe fum-fa-dha)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE DHA ORAL CAPSULE (prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE MINI ORAL CAPSULE (prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (prenat w/o a-fe-meth-fol-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>R-NATAL OB ORAL CAPSULE (prenatal-fe cbn-fa-fa-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SELECT-OB+DHA ORAL (prenatal vit-fepoly-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TARON-PREX ORAL CAPSULE (prenat-jeffum-dss-fa-dha w/o a)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRISTART DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>TRISTART ONE ORAL CAPSULE (prenat w/o a-fecbn-meth-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VIRT-PN DHA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (prenat-fe poly-methfol-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (prenat-fe poly-methfol-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL-OB+DHA ORAL (prenatal mv-min-fe fum-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (prenatal vit-fepoly-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMEDMD ONE ORAL SUSPENSION (prenat w/o a-fe-methol-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITATRUE ORAL (prenat-fechel-fa-dha w/o vit a)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ZATEAN-PN DHA ORAL CAPSULE (prenat w/o a-fe-methol-fa-dha)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATAL MV &amp; MINERALS W/FA</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (prenat mv-min-methylfolate-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATAL VITAMINS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMESISRX ORAL TABLET (prenatal ca-b6-b12-fa-ginger)</td>
<td>2</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENA1 ORAL TABLET CHEWABLE</td>
<td>2</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE AM ORAL TABLET (prenatal ca-b6-b12-fa-ginger)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMEDMD REDICHEW RX ORAL TABLET CHEWABLE (prenat-b2-b6-b12-d3-fa)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KORLYM ORAL TABLET (mifepristone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (etonogestrel)</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (medroxyprogesterone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (medroxyprogesterone acetate)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (levonorgestrel)</td>
<td>5</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA**=medicamento de marca  **genéricos**=medicamento de nombre genérico  *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles.  **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja  **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1  **Nivel 2***=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 2  **Nivel 4***=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3  **Nivel 5***=tienen un costo compartido más alto que el nivel 2  **$0***=medicamentos preventivos  **DO***=optimización de dosis  **LD***=distribución limitada  **PA***=autorización previa  **QL***=límites de cantidad  **SP***=medicamentos especializados  **ST***=terapia escalonada  **En vigencia desde el 08/01/2020**
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (levonorgestrel)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (levonorgestrel)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (levonorgestrel)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL,</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Camila Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Deblitane Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Errin Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Heather Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Incassia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Jencycla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Lyza Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Nora-Be Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORTHO MICRONOR ORAL TABLET (norethindrone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Sharobel Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SLYND ORAL TABLET (drospirenone)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone (Tulana Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTINS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AYGESTIN ORAL TABLET (norethindrone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EC-RX PROGESTERONE TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyprogesterone caproate intramuscular oil</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (25 mL per 21 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAKENA INTRAMUSCULAR OIL (hydroxyprogesterone caproate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (25 mL per 21 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAKENA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (hydroxyprogesterone caproate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (25 mL per 21 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>medroxyprogesterone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>megestrol acetate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*; OC</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROGESTERONE COMPOUNDING KIT TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>progesterone intramuscular oil</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>progesterone micronized oral capsule 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>progesterone micronized oral capsule 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROGESTERONE MICRONIZED TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG (progesterone micronized)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROMETRIUM ORAL CAPSULE 200 MG (progesterone micronized)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROVERA ORAL TABLET (medroxyprogesterone acetate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (medroxyprogesterone acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydroxyprogesterone caproate intramuscular solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>megestrol acetate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>OC</td>
</tr>
<tr>
<td>megestrol acetate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT (alprostadil (vasodilator))</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED (alprostadil (vasodilator))</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>EDEX INTRACAVERNOSAL KIT (alprostadil (vasodilator))</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>MUSE URETHRAL PELLET (alprostadil (vasodilator))</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROSTAGLANDIN VASODILATORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (epoprostenol sodium)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (treprostinil diolamine)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>REMODULIN INJECTION SOLUTION (treprostinil)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>treprostinil injection solution</td>
<td></td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TYVASO INHALATION SOLUTION (treprostinil)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TYVASO REFILL INHALATION SOLUTION (treprostinil)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>TYVASO STARTER INHALATION SOLUTION (treprostinil)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (epoprostenol sodium)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VENTAVIS INHALATION SOLUTION (iloprost)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bimatoprost ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (bimatoprost)</td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>latanoprost ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (bimatoprost)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION (travoprost)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>travoprost (bak free) ophthalmic solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

*En vigencia desde el 08/01/2020*
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION <em>(latanoprostene bunod)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION <em>(latanoprost)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XELPROS OPHTHALMIC EMULSION <em>(latanoprost)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZIOPTAN OPHTHALMIC SOLUTION <em>(tafluprost)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROSTAGLANDINS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bimatoprost external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LATISSE EXTERNAL SOLUTION <em>(bimatoprost)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROSTAGLANDINS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alprostadil injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROSTIN VR INJECTION SOLUTION <em>(alprostadil)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROSTATIC HYPERPROLIFERATIVE AGENT COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JALYN ORAL CAPSULE <em>(dutasteride-tamsulosin hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROTAMINE</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>protamine sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROTECTANTS - MOUTH/THROAT</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPISIL MOUTH/THROAT LIQUID <em>(oral wound care products)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELX MOUTH/THROAT GEL <em>(oral wound care products)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MUCOTROL MOUTH/THROAT WAFER <em>(oral wound care products)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MUGARD MOUTH/THROAT LIQUID <em>(oral wound care products)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORAFATE MOUTH/THROAT PASTE <em>(sucralfate-malate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORAMAGICRX MOUTH/THROAT SUSPENSION RECONSTITUTED <em>(oral wound care products)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SALICEPT MOUTH/THROAT SUSPENSION RECONSTITUTED <em>(oral wound care products)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROTEIN COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRI-AMINO INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROTON PUMP INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE <em>(dextraloprazole)</em></td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED <em>(esomeprazole sodium)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>omeprazole oral capsule delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

223
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (pantoprazole sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUEDEXTA ORAL CAPSULE (dextromethorphan-quinidine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ergoloid mesylates oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pimozide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADEMPAS ORAL TABLET (riociguat)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ambrisentan oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>bosentan oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LETAIRIS ORAL TABLET (ambrisentan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OPSUMIT ORAL TABLET (macitentan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRACLEER ORAL TABLET (bosentan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (bosentan)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADCIRCA ORAL TABLET (tadalafil (pah))</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafil (pah) (Alyq Oral Tablet)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION (sildenafil citrate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (3 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (sildenafil citrate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>REVATIO ORAL TABLET (sildenafil citrate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sildenafil citrate intravenous solution</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (3 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sildenafil citrate oral suspension reconstituted</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (6 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sildenafil citrate oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafil (pah) oral tablet</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PURINE ANALOGS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZASAN ORAL TABLET (azathioprine)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azathioprine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>IMURAN ORAL TABLET (azathioprine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARAVA ORAL TABLET (leflunomide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leflunomide oral tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>QUATERNARY ANTICHOLINERGICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CUVPOSA ORAL SOLUTION (glycopyrrolate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GLYcate ORAL TABLET (glycopyrrolate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>glycopyrrolate injection solution</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GLYCOPyrrolate INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GLYCOPyrrolate ORAL TABLET 1.5 MG</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>GLYCOPyrrolate PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methscopolamine bromide oral tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>propantheline bromide oral tablet</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>QUINAZOLINE AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AGRyLIN ORAL CAPSule (anagrelide hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>anagrelide hcl oral capsule</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>QUINOLINONE DERIVATIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(aripiprazole)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (aripiprazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ABILIFY MYCITE ORAL TABLET (aripiprazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ABILIFY ORAL TABLET (aripiprazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>aripiprazole oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aripiprazole oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aripiprazole oral tablet dispersible</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(aripiprazole lauroxil)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (aripiprazole lauroxil)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REXULTI ORAL TABLET (brexpiprazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (denosumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (2 inyecciones per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (denosumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS</strong>* - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (hydrocortisone ace-pramoxine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (hydrocortisone ace-pramoxine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone ace-pramoxine external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (hydrocortisone ace-pramoxine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RECTAL STEROIDS</strong>* - RECTAL PREPARATIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (hydrocortisone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (perianal) external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone acetate rectal suppository</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (hydrocortisone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Procto-Med Hc External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Procto-Pak External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Proctosol Hc External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrocortisone (Proctozone-Hc External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RESPIRATORY AGENTS - MISC.</strong>* - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CUROSURF INTRATRACHEAL SUSPENSION (poractant alfa)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INFASURF INTRATRACHEAL SUSPENSION (calfactant in nacl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SURVANTA INTRATRACHEAL SUSPENSION (beractant in nacl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RESTLESS LEG SYNDROME (RLS) AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE NEURAL SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (gabapentin enacarbil)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>RETINOIDS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tretinoin oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ROSACEA AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>azelaic acid external gel</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FINACEA EXTERNAL FOAM (azelaic acid)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FINACEA EXTERNAL GEL (azelaic acid)</td>
<td>3</td>
<td>QL (50 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>METROCREAM EXTERNAL CREAM (metronidazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>METROGEL EXTERNAL GEL (metronidazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (55 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>METROLOTION EXTERNAL LOTION (metronidazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (59 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

226
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>metronidazole external gel 0.75 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole external gel 1 %</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (55 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (59 mL per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRVASO EXTERNAL GEL (brimonidine tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (30 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>NORITATE EXTERNAL CREAM (metronidazole)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (doxycycline)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RHOFADE EXTERNAL CREAM (oxymetazoline hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (60 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole (Rosadan External Cream)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole (Rosadan External Gel)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (45 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOOLANTRA EXTERNAL CREAM (ivermectin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (30 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZILXI EXTERNAL FOAM (minocycline hcl micronized)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ribavirin inhalation solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (ribavirin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SALICYLATE COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq buffered aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra tri-buffered aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm aspirin tri-buffered oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tri-buffered aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SALICYLATES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>adult aspirin regimen oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin 81 oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin 81 oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin adult low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin adult low strength oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin adult low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin adult oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin childrens oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin ec low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin ec low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin low strength oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspir-low oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aspirtab oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bayer advanced aspirin reg st oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bayer aspirin ec low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bayer aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bayer aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bayer low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bayer low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>childrens aspirin low strength oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>childrens aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs aspirin adult low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs aspirin adult low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs aspirin adult low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs aspirin low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>diflunisal oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ecotrin low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ecotrin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ecpirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq adult aspirin low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq aspirin adult low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq aspirin low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq childrens aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql aspirin low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>good sense aspirin adult low st oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>good sense aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>good sense aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>good sense aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>h-e-b aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>h m aspirin ec low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>h m aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>h m aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>h m aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kls aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kls aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>k p aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meijer aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>miniprin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mm aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norwich aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px enteric aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc childrens aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc enteric aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra aspirin adult low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra aspirin adult low strength oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra aspirin adult low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra aspirin childrens oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ra aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra childrens aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra pain relief aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>salsalate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb aspirin adult low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb childrens aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb low dose asa ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm aspirin adult low strength oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm aspirin ec low strength oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm aspirin low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm childrens aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>st joseph aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>st joseph low dose oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>st joseph low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt aspirin ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt aspirin low dose oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt aspirin oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt aspirin oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt childrens aspirin oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*SALINE LAXATIVE MIXTURES***

| OSMOPREP ORAL TABLET (sod phos mono-sod phos dibasic) | 3 | QL (1.1 tablet per 1 day) |

*SALINE LAXATIVES***

| citrate of magnesia oral solution                                | 1 or 1a*; $0 |                                  |
| citroma oral solution                                            | 1 or 1a*; $0 |                                  |
| cvs citrate of magnesia oral solution                            | 1 or 1a*; $0 |                                  |
| cvs magnesium citrate oral solution                              | 1 or 1a*; $0 |                                  |
| cvs milk of magnesia oral suspension                             | 1 or 1b*; $0 |                                  |

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>dulcolax milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>dulcolax oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>eq magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>eql magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>eql milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>gnp magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>gnp milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>goodsense magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>hm magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>hm milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>milk of magnesia concentrate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>phillips milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>px milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>qc magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>qc milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>ra magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>ra milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>sb magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>sb milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>sm magnesium citrate oral solution</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td>sm milk of magnesia oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SALIVA STIMULANTS</em>** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cevimeline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EVOXAC ORAL CAPSULE (cevimeline hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pilocarpine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SALAGEN ORAL TABLET (pilocarpine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SCABICIDES &amp; PEDICULICIDES</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>crotan external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ELIMITE EXTERNAL CREAM (permethrin)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>lindane external shampoo</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>malathion external lotion</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NATROBA EXTERNAL SUSPENSION (spinosad)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OVIDE EXTERNAL LOTION (malathion)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA**=medicamento de marca **genéricos**=medicamento de nombre genérico

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>permethrin external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SKLICE EXTERNAL LOTION (ivermectin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>spinosad external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SULFURATED LIME EXTERNAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SCLEROSING AGENTS</em>** - VITAMINS AND MINERALS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASClERA INTRAVENOUS SOLUTION (polidocanol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (ethanolamine oleate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POLIDOCANOL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium tetradecyl sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1% (sodium tetradecyl sulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium tetradecyl sulfate (Sotradecol Intravenous Solution 3%)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (polidocanol)</td>
<td>3 LD</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eplerenone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INSPIRA ORAL TABLET (eplerenone)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexametomidine hcl in nacl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexametomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (dexametomidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (tadalafil)</td>
<td>3 PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CIALIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (tadalafil)</td>
<td>3 PA; QL (30 tablets per 30 days)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sildenafil citrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (30 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>vardenafil hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>vardenafil hcl oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VIAGRA ORAL TABLET (sildenafil citrate)</td>
<td>3 PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EVISTA ORAL TABLET (raloxifene hcl)</td>
<td>3 PA</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>OSPHENA ORAL TABLET <em>(ospemifene)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>raloxifene hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>$0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HETLIOZ ORAL CAPSULE <em>(tasimelteon)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ramelteon oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ROZEREM ORAL TABLET <em>(ramelteon)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE N-TYPE NEURONAL CALCIUM CHANNEL BLOCKERS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRIALT INTRATHECAL SOLUTION <em>(ziconotide acetate)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DALIRESP ORAL TABLET <em>(roflumilast)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bexarotene oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>OC; PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TARGRETIN ORAL CAPSULE <em>(bexarotene)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (10 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE SEROTONIN AGONIST-NSAID COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan-naproxen sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TREXIMET ORAL TABLET <em>(sumatriptan-naproxen sodium)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1)</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>almotriptan malate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AMERGE ORAL TABLET <em>(naratriptan hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>eletriptan hydrobromide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FROVA ORAL TABLET <em>(frovatriptan succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>frovatriptan succinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX NASAL SOLUTION <em>(sumatriptan)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX ORAL TABLET <em>(sumatriptan succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE <em>(sumatriptan succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (6 cartridges per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML <em>(sumatriptan succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML <em>(sumatriptan succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (6 syringes (2ml) per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX SUBCUTANEOUS SOLUTION <em>(sumatriptan succinate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (5 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXALT ORAL TABLET <em>(rizatriptan benzoate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE <em>(rizatriptan benzoate)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>naratriptan hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER (sumatriptan succinate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 kit per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>RELPAK ORAL TABLET (eletriptan hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>rizatriptan benzoate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 nasal inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 cartridges per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 cartriges (2ml) per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOSYMRA NASAL SOLUTION (sumatriptan)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (12 units per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (sumatriptan)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (8 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>zolmitriptan oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>zolmitriptan oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOMIG NASAL SOLUTION (zolmitriptan)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOMIG ORAL TABLET (zolmitriptan)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOMIG ZMT ORAL TABLET DISPERSIBLE (zolmitriptan)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (9 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CELEXA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (citalopram hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>CELEXA ORAL TABLET 40 MG (citalopram hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>citalopram hydrobromide oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>citalopram hydrobromide oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>escitalopram oxalate oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral capsule delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 capsules per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>fluoxetine hcl oral tablet 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluvoxamine maleate oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LEXAPRO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (escitalopram oxalate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LEXAPRO ORAL TABLET 20 MG (escitalopram oxide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg, 37.5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl oral tablet 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine hcl oral tablet 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5 MG (paroxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PAXIL CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 37.5 MG (paroxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PAXIL ORAL SUSPENSION (paroxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (30 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PAXIL ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (paroxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PAXIL ORAL TABLET 30 MG (paroxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PAXIL ORAL TABLET 40 MG (paroxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEXEVA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (paroxetine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PEXEVA ORAL TABLET 30 MG (paroxetine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEXEVA ORAL TABLET 40 MG (paroxetine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1.5 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROZAC ORAL CAPSULE 10 MG (fluoxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PROZAC ORAL CAPSULE 20 MG (fluoxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROZAC ORAL CAPSULE 40 MG (fluoxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sertraline hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sertraline hcl oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>sertraline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOLOFT ORAL CONCENTRATE (sertraline hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOLOFT ORAL TABLET 100 MG (sertraline hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZOLOFT ORAL TABLET 25 MG, 50 MG (sertraline hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*SELECCIONAL T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS*** - VITAMINS AND MINERALS

NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (belatacept) | 3 | PA; SP |

*SELECCIONAL VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS*** - HORMONES

JYNARQUE ORAL TABLET (tolvaptan) | 3 | PA; LD; QL (4 tablets per 1 day) |

MARCA=medicamento de marca genérico = medicamento de nombre genérico *Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles Nivel 1 o 1a*=tienen la distribución de costos más baja Nivel 1 o 1b*=tienen la distribución de costos más alta que los del nivel 1 Nivel 2=tiene un costo compartido más alta que los del nivel 2 Nivel 3=tiene un costo compartido más alta que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados Nivel 4=tiene la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK 15 MG (tolvaptan)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK 30 &amp; 15 MG (tolvaptan)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (1 carton per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK 45 &amp; 15 MG, 60 &amp; 30 MG, 90 &amp; 30 MG (tolvaptan)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 carton per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (tolvaptan)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (tolvaptan)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>tolvaptan oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIS)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicación</th>
<th>Nivel</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cymbalta Oral Capsule Delayed Release Particles 20 MG, 60 MG (duloxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Cymbalta Oral Capsule Delayed Release Particles 30 MG (duloxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>Desvenlafaxine ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 100 MG</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Desvenlafaxine ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 50 MG</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>Desvenlafaxine Succinate ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 100 MG</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Desvenlafaxine Succinate ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>Duloxetine HCL Oral Capsule Delayed Release Particles 20 mg, 60 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Duloxetine HCL Oral Capsule Delayed Release Particles 30 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>Duloxetine HCl Oral Capsule Delayed Release Particles 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Effexor XR Oral Capsule Extended Release 24 Hour 150 MG (venlafaxine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Effexor XR Oral Capsule Extended Release 24 Hour 37.5 MG, 75 MG (venlafaxine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>Fetzima Oral Capsule Extended Release 24 Hour (Levomilnacipran HCL)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Fetzima Titration Oral Capsule ER 24 Hour Therapy Pack (Levomilnacipran HCL)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (28 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pristiq Oral Tablet Extended Release 24 Hour 100 MG (Desvenlafaxine Succinate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pristiq Oral Tablet Extended Release 24 Hour 25 MG, 50 MG (Desvenlafaxine Succinate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>Venlafaxine HCL ER Oral Capsule Extended Release 24 Hour 150 MG</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Venlafaxine HCL ER Oral Capsule Extended Release 24 Hour 37.5 MG, 75 MG</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>Venlafaxine HCl ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 150 MG, 225 MG</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>Venlafaxine Hcl ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 37.5 MG, 75 MG</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>venlafaxine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SKIN CLEANSERS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESSENTRA WIPES 9X9&quot; EXTERNAL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SKIN PROTECTANTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>benzoin compound external tincture</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BENZOIN EXTERNAL TINCTURE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SKIN TISSUE REPLACEMENTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AFFINITY EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APLICRAB EXTERNAL DISK (cultured skin substitute)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOVANCE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DERMAGRAFT EXTERNAL SHEET (cultured skin substitute)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPICORD EXTERNAL SHEET (umbilical cord allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIFIX EXTERNAL DISK (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIFIX EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 1.5CM X 2CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 16MM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 2CM X 3CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 3CM X 4CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 5CM X 5CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 1.5CM X 2CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 16MM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 2CM X 3CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 3CM X 4CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 5CM X 5CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX XC 7.5CM X 15CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOX 100 EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUSHIELD EXTERNAL DISK (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>NUSHIELD EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (amniotic memb-fluid allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (amniotic fluid allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STRAVIX EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRUSKIN EXTERNAL SHEET (skin allograft (human))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SMOKING DETERRENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET (varenicline tartrate)</td>
<td>3; $0</td>
<td>PA; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG (varenicline tartrate)</td>
<td>3; $0</td>
<td>PA; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX ORAL TABLET 1 MG (varenicline tartrate)</td>
<td>3; $0</td>
<td>PA; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET (varenicline tartrate)</td>
<td>3; $0</td>
<td>PA; QL (1 starting month pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>cvs nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs nicotine mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs nicotine transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cq nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq nicotine mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq nicotine transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp nicotine transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>goodsense nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>goodsense nicotine mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm nicotine transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kls quit2 mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kls quit2 mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kls quit4 mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kls quit4 mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (nicotine)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicorelief mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE (nicotine polacrilex)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICORETTE MOUTH/THROAT GUM (nicotine polacrilex)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE (nicotine polacrilex)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM (nicotine polacrilex)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine mini mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTINE TRANSDERMAL KIT</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTROL INHALATION INHALER (nicotine)</td>
<td>3; $0 PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTROL NS NASAL SOLUTION (nicotine)</td>
<td>3; $0 PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px stop smoking aid mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px stop smoking aid mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra mini nicotine mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra nicotine gum mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra nicotine transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>sm nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm nicotine mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm nicotine transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sr nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt nicotine mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt nicotine polacrilex mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt nicotine step one transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt nicotine step three transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt nicotine step two transdermal patch 24 hour</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thrive mouth/throat gum</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*SODIUM*** - DRUGS FOR NUTRITION

LIQUIVIDA HYDRATION INTRAVENOUS KIT *(sodium chloride)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>lithium carbonate intravenous solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium citrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium bicarbonate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium sulfate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium hydroxide intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lithium carbonate flush (Monoject Flush Syringe Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush (Monoject Sodium Chloride Flush Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>normal saline flush intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>saline flush intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush (Saline Flush Zr Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride (pf) injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium chloride flush (Swabflush Saline Flush Intravenous Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS***

FARXIGA ORAL TABLET *(dapagliflozin propanediol)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>farxiga oral tablet (dapagliflozin propanediol)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

JARDIANCE ORAL TABLET *(empagliflozin)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>jardiance oral tablet (empagliflozin)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS***

ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE *(etanercept)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>enbrel mini subcutaneous solution cartridge etanercept</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 cartridge per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML *(etanercept)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>enbrel subcutaneous solution prefilled syringe 25 mg/0.5 ml etanercept</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (8 syringes per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML *(etanercept)*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>enbrel subcutaneous solution prefilled syringe 50 mg/ml etanercept</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 syringes per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (etanercept)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (8 vials per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (etanercept)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 pens per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SOMATOSTATIC AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BYNFEZIA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (octreotide acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 pen per 14 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SPECIALTY VITAMINS PRODUCTS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION SUPPORT-500 ORAL CAPSULE (specialty vitamins products)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td>VITA-RX DIABETIC VITAMIN ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SPERMICIDES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (nonoxynol-9)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (nonoxynol-9)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (nonoxynol-9)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TODAY SPONGE VAGINAL (nonoxynol-9)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (nonoxynol-9)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FOAM (nonoxynol-9)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vcf vaginal contraceptive vaginal gel</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GILENYA ORAL CAPSULE (fingolimod hcl)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (siponimod fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAYZENT ORAL TABLET 2 MG (siponimod fumarate)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (ozanimod hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 pack per 1 fill)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ZEPOSIA ORAL CAPSULE (ozanimod hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (ozanimod hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 pack per 1 fill)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**STEROID COMBINATIONS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION BLM-1 INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION BM INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION DL INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION DLM INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION KL L INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION KL-3 COMBINATION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION KM INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION LM-DEP-2 INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIVE INJECTION M-1 INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BETAMETHASONE COMBO INJECTION SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td>betamethasone sod phos &amp; acet injection suspension 6 (3-3) mg/ml</td>
</tr>
<tr>
<td>BETAMETHASONE SOD PHOS &amp; ACET INJECTION SUSPENSION 7 (4-3) MG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (betamethasone sod phos &amp; acet)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE ACE &amp; SOD PHOS INJECTION SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>JTT PHYSICIANS COMBINATION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LT INJECTION KIT INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPREDNISOLONONE ACE-LIDO INJECTION SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPREDNISOLONONE-BUPIVACAINE INJECTION SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P-CARE D40MX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P-CARE D80MX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P-CARE K40MX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>P-CARE K80MX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POD-CARE 100CMX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POD-CARE 100KMX INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POINT OF CARE KM INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POINT OF CARE L2 INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POINT OF CARE L5 INJECTION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>POINT OF CARE LM DEP 2 INJECTION KIT (methylprednisol &amp; bupiv &amp; lido)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020  
242
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>READYSHARP ANESTH + BETAMETH INJECTION KIT (betamethasone &amp; bupiv &amp; lido)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>READYSHARP ANESTH + DEXAMETH INJECTION KIT (dexameth sod phos-bupiv-lido)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>READYSHARP ANESTH + METHYLPRED INJECTION KIT (methylprednisol &amp; bupiv &amp; lido)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIAMCINOLONE-BUPIVACAINE INJECTION SUSPENSION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*STEROID INHALANTS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (fluticasone furoate)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (120 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (60 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 50 MCG/BLIST (fluticasone propionate (inhal))</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST (fluticasone propionate (inhal))</td>
<td>2</td>
<td>QL (4 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 44 MCG/ACT (fluticasone propionate hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 220 MCG/ACT (fluticasone propionate hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PULMICORT INHALATION SUSPENSION 0.25 MG/2ML, 0.5 MG/2ML (budesonide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (120 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PULMICORT INHALATION SUSPENSION 1 MG/2ML (budesonide)</td>
<td>3</td>
<td>QL (60 ML per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (beclomethasone diprop hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 inhaler per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (beclomethasone diprop hfa)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 inhalers per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*STEROID-LOCAL ANESTHETIC COMBINATIONS*** - DRUGS FOR THE SKIN

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EPIFOAM EXTERNAL FOAM (pramoxine-hc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIDOCAINE-HYDROCORTISONE ACE EXTERNAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRAMOSONE EXTERNAL CREAM (pramoxine-hc)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRAMOSONE EXTERNAL LOTION (pramoxine-hc)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*STEROIDS - MOUTH/THROAT*** - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Oralone Mouth/Throat Paste)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

243
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>STIMULANT LAXATIVES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alophen oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bisacodyl ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CASCARA SAGRADA ORAL FLUID EXTRACT</strong></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>correct oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>correctol oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs bisacodyl oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs c-lax laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ducodyl oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eq womens laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>eql laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ex-lax ultra oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>feenamint oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp bisalax oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>gnp womens laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>good sense bisacodyl ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>good sense womens laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hm laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>kp bisacodyl oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>qc gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ra womens laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sb gentle lax-women oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sm gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>stimulant laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt gentle laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tgt womens laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>veracolate oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>womens laxative oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>STIMULANTS - MISC.</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADHANSIA XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>armodafinil oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (methylphenidate)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH (methylphenidate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 patch per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone hcl er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FOCALIN ORAL TABLET (dexamethasone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (dexamethasone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl (Metadate Er Oral Tablet Extended Release)</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLIN ORAL SOLUTION (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 18 mg, 20 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPHENIDATE HCL ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl oral tablet chewable</td>
<td>1 or 1b* PA</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>modafinil oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>modafinil oral tablet 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (armodafinil)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (armodafinil)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG (modafinil)</td>
<td>3</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PROVIGIL ORAL TABLET 200 MG (modafinil)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>NUVIGIL ORAL TABLET (armodafinil)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>RELEXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>RITALIN ORAL TABLET (methylphenidate hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><em>STREPTOGRAMIN COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (quinupristin-dalfopristin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 125 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (5 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 40 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 capsule per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 80 &amp; 125 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (15 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>aprepitant oral capsule 80 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (aprepitant)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (5 vials per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (fosaprepitant dimeglumine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (5 vial per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMEND ORAL CAPSULE 40 MG (aprepitant)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 capsule per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMEND ORAL CAPSULE 80 MG (aprepitant)</td>
<td>3</td>
<td>QL (10 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (aprepitant)</td>
<td>3</td>
<td>QL (15 kit per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMEND TRI-PACK ORAL CAPSULE (aprepitant)</td>
<td>3</td>
<td>QL (15 capsules per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (5 vial per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (rolapitant hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SUCCINIMIDES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CELONTIN ORAL CAPSULE (methsuximide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethosuximide oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ethosuximide oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

![246](image-url)
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ZARONTIN ORAL CAPSULE (ethosuximide)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZARONTIN ORAL SOLUTION (ethosuximide)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SULFONAMIDES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SULFADIAZINE ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SULFONYLUREA-BIGUANIDE COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide-metformin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glyburide-metformin oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SULFONYLUREAS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMARYL ORAL TABLET (glimepiride)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glimepiride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCOTROL ORAL TABLET</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOURS (glipizide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glyburide micronized oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>glyburide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GLYNASE ORAL TABLET (glyburide micronized)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>tolbutamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SULFONYLUREA-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUEACT ORAL TABLET (pioglitazone hcl-glimepiride)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (fondaparinux sodium)</td>
<td>5</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>fondaparinux sodium subcutaneous solution</td>
<td>4</td>
<td>QL (30 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TAR PRODUCTS</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>coal tar external solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TETRACYCLINES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>avidoxy oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl (Coremno Oral Tablet Extended Release 24 Hour)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>demeclocycline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate (Dox 100 Intravenous Solution Reconstituted)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

247
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (minocycline hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline monohydrate (Mondoxyne Ni Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxycycline hyclate (Morgidox Oral Capsule)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tetracycline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIBRAMYCIN ORAL CAPSULE (doxycycline hyclate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>VIBRAMYCIN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (doxycycline monohydrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*THIAZIDES AND THIAZIDE-LIKE DIURETICS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>chlorothiazide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorothiazide sodium intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chlorthalidone oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIURIL ORAL SUSPENSION (chlorothiazide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydrochlorothiazide oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg, 50 mg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>indapamide oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metolazone oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**SODIUM DIURIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (chlorothiazide sodium)**

= 3

*THIAZOLIDINEDIONE-BIGUANIDE COMBINATIONS***

**ACTOPLUS MET ORAL TABLET (pioglitazone hcl-metformin hcl)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST; QL (3 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ACTOS ORAL TABLET (pioglitazone hcl)</strong></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>AVANDIA ORAL TABLET (rosiglitazone maleate)</strong></td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>pioglitazone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020 248
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>THIENBENZODIAZEPINES &amp; SSRIS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYMBYAX ORAL CAPSULE (olanzapine-fluoxetine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>THIENBENZODIAZEPINES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine intramuscular solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine oral tablet dispersible</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZYPREXA INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (olanzapine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZYPREXA ORAL TABLET (olanzapine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (olanzapine pamoate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZYPREXA ZYDIS ORAL TABLET DISPERSIBLE (olanzapine)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>THIENOPYRIDINE DERIVATIVES</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clopidogrel bisulfate oral tablet 300 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EFFIENT ORAL TABLET 10 MG (prasugrel hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>EFFIENT ORAL TABLET 5 MG (prasugrel hcl)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>PLAVIX ORAL TABLET (clopidogrel bisulfate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>prasugrel hcl oral tablet 10 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>prasugrel hcl oral tablet 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td><em>THIOXANTHENES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thiothixene oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (bivalirudin trifluoroacetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIVALIRUDIN-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT &amp; REVERSIBLE</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRADAXA ORAL CAPSULE (dabigatran etexilate mesylate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DOPTELET ORAL TABLET (avatrombopag maleate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (60 tablets per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
### Nombre del medicamento recetado

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MULPLETA ORAL TABLET (lusutrombopag)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 125 MCG (romiplostim)</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG, 500 MCG (romiplostim)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PROMACTA ORAL PACKET (eltrombopag olamine)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>PROMACTA ORAL TABLET (eltrombopag olamine)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**THYROID HORMONES***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ARMOUR THYROID ORAL TABLET (thyroid)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYTOMEL ORAL TABLET (liothyronine sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Euthyrox Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Levo-T Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENTOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium intravenous solution reconstituted 100 mcg. 500 mcg</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENTOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MCG</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Levoxyl Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>liothyronine sodium intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>liothyronine sodium oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NATURE-THROID ORAL TABLET (thyroid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>np thyroid oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNTHROID ORAL TABLET (levothyroxine sodium)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIOSINT ORAL CAPSULE (levothyroxine sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIOSINT-SOL ORAL SOLUTION (levothyroxine sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRIOSTAT INTRAVENTOUS SOLUTION (liothyronine sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levothyroxine sodium (Unithroid Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WESTHROID ORAL TABLET (thyroid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WP THYROID ORAL TABLET (thyroid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*TISSUE PLASMINOGEN ACTIVATORS*** - DRUGS FOR THE BLOOD

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medicamento</th>
<th>Nivel</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACTIVASE INTRAVENTOUS SOLUTION RECONSTITUTED (alteplase)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CATHFLO ACTIVASE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (alteplase)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RETAVASE HALF-KIT INTRAVENTOUS KIT (reteplase)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RETAVASE INTRAVENTOUS KIT (reteplase)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TNKASE INTRAVENTOUS KIT (tenecteplase)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>TISSUE REPLACEMENTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AFFINITY EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>APLIGRAF EXTERNAL DISK (cultured skin substitute)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOVANCE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DERMAGRAFT EXTERNAL SHEET (cultured skin substitute)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPICORD EXTERNAL SHEET (umbilical cord allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIFIX EXTERNAL DISK (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIFIX EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 1.5CM X 2CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 16MM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 2CM X 3CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 3CM X 4CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX CORE 5CM X 5CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 1.5CM X 2CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 16MM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 2CM X 3CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 3CM X 4CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX PRIME 5CM X 5CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRAFIX XC 7.5CM X 15CM EXTERNAL (multipotent cell repair matrix)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOX 100 EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUSHIELD EXTERNAL DISK (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUSHIELD EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (amniotic memb-fluid allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (amniotic fluid allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STRAVIX EXTERNAL SHEET (amniotic membrane allograft)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRUSKIN EXTERNAL SHEET (skin allograft (human))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1ST MEDX-PATCH/ LIDOCAINE EXTERNAL PATCH (lido-capsaicin-men-methyl sal)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DERMACINRX DUOPATCH PHARMAPAK EXTERNAL THERAPY PACK (methyl salicylate-lido-menthol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DERMACINRX NEUROTRAL PHARMAPAK EXTERNAL THERAPY PACK (lidocaine-capsaicin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLEXIN EXTERNAL PATCH</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEVATIO EXTERNAL PATCH</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-prilocaine external cream</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (30 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>lidocaine-prilocaine external kit</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LIDOTHOL EXTERNAL PATCH (lidocaine-menthol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDI-DERM/L-RX EXTERNAL CREAM (lido-capsaicin-men-methyl sal)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDI-PATCH RX EXTERNAL PATCH</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREMIUM SCAR EXTERNAL PATCH</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PREPIV SUPPLY COMBINATION KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOOTHEE EXTERNAL PATCH (lido-capsaicin-men-methyl sal)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SX1 MEDICATED POST-OPERATIVE EXTERNAL KIT (lidocaine hcl &amp; post-op system)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNERA EXTERNAL PATCH (lidocaine-tetracaine)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 patches per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (lidocaine hcl-blood collection)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TOPICAL DECONGESTANTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADRENALIN NASAL SOLUTION (epinephrine hcl (nasal))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TARGRETIN EXTERNAL GEL (bexarotene)</td>
<td>2</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>TOPICAL STEROID COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>calcipotriene-betameth diprop external ointment</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (400 grams per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>calcipotriene-betameth prop external suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (420 grams per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DUOBRII EXTERNAL LOTION (halobetasol prop-tazarotene)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (200 grams per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENSTILAR EXTERNAL FOAM (calcipotriene-betameth prop)</td>
<td>3</td>
<td>QL (420 grams per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TACLONEX EXTERNAL OINTMENT (calcipotriene-betameth prop)</td>
<td>3</td>
<td>QL (400 grams per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (calcipotriene-betameth prop)</td>
<td>3</td>
<td>QL (420 grams per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone-dimeth-silicone (Trivix External Kit)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*TOPOISOMERASE I INHIBITORS*** - DRUGS FOR CANCER

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (irinotecan hcl)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hycamtin INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (topotecan hcl)</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>Hycamtin ORAL CAPSULE (topotecan hcl)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>irinotecan hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (irinotecan hcl liposome)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>Topotecan HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>topotecan hcl intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*TOXOID COMBINATIONS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphth-acell pertussis)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphth-acell pertussis)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DAPTA Cel INTRAMUSCULAR SUSPENSION (diphth-acell pertussis-tetanus)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Diphtheria-tetanus toxoids DT INTRAMUSCULAR SUSPENSION</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (diphth-acell pertussis-tetanus)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (dtap-ipv vaccine)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (dtap-hepatitis b recomb-ipv)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PENTACLE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (dtap-ipv-hib vaccine)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (dtap-ipv vaccine)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (tetanus-diphtheria toxoids td)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TENVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (tetanus-diphtheria toxoids td)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*TRACE MINERAL COMBINATIONS*** - DRUGS FOR NUTRITION

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>multitrace-4 concentrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MULTITRACE-4 INTRAVENOUS SOLUTION (trace minerals cr-cu-mn-zn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTITRACE-4 NEONATAL INTRAVENOUS SOLUTION (trace minerals cr-cu-mn-zn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (trace minerals cr-cu-mn-zn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>multitrace-5 concentrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MULTITRACE-5 INTRAVENOUS SOLUTION (trace minerals cr-cu-mn-se-zn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (trace minerals cr-cu-mn-se-zn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRACE ELEMENTS 4/PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (trace minerals cr-cu-mn-zn)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRACE MINERALS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>chromic chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cupric chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>selenium intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRAMADOL COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tramadol-acetaminophen oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACET ORAL TABLET (tramadol-acetaminophen)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRIAZOLES</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CRESEMBRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (isavuconazonium sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CRESEMBRA ORAL CAPSULE (isavuconazonium sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML (fluconazole)</td>
<td>3</td>
<td>QL (40 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFLUCAN ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML (fluconazole)</td>
<td>3</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFLUCAN ORAL TABLET 100 MG (fluconazole)</td>
<td>3</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFLUCAN ORAL TABLET 150 MG, 200 MG (fluconazole)</td>
<td>3</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DIFLUCAN ORAL TABLET 50 MG (fluconazole)</td>
<td>3</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole in sodium chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (40 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral tablet 100 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral tablet 150 mg, 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>fluconazole oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>itraconazole oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4.2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>itraconazole oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOXAFIL INTRAVENOUS SOLUTION (posaconazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NOXAFIL ORAL SUSPENSION (posaconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE (posaconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>posaconazole oral tablet delayed release</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (8 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPORANOX ORAL CAPSULE (itraconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4.2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPORANOX ORAL SOLUTION (itraconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (20 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPORANOX PULSEPAK ORAL CAPSULE (itraconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4.2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TOLSURA ORAL CAPSULE</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (126 capsules per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VFEND IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (voriconazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VFEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (voriconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VFEND ORAL TABLET 200 MG (voriconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VFEND ORAL TABLET 50 MG (voriconazole)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole intravenous solution reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole oral suspension reconstituted</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole oral tablet 200 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole oral tablet 50 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>TRICYCLIC AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amitriptyline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxapine oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANAFRANIL ORAL CAPSULE (clomipramine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>clomipramine hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desipramine hcl tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxepin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>doxepin hcl oral concentrate</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>imipramine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>imipramine pamoate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORPRAMIN ORAL TABLET (desipramine hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nortriptyline hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nortriptyline hcl oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PAMELOR ORAL CAPSULE (nortriptyline hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>protriptyline hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trimipramine maleate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

255
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>TRIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>alyacen 7/7/7 oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Aranelle Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Ciaziant Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Cyclafem 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Dasetta 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic (Enpresse-28 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESTROSTEP FE ORAL TABLET (norethindron-ethinyl estrad-fe)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Leena Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic (Levonest Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Nortrel 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORTHO TRI-CYCLEN LO ORAL TABLET (norgestim-eth estrad triphasic)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethin-eth estrad triphasic (Pirmella 7/7/7 Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindron-ethinyl estrad-fe (Tilia Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri Femynor Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Estarylla Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norethindron-ethinyl estrad-fe (Tri-Legest Fe Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Linyah Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Lo-Depistral Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Lo-Marzia Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Lo-Sprintec Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Mili Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Trinesa (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Previfem Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Sprintec Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>levonorg-eth estrad triphasic (Trivora (28) Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Vylibra Lo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norgestim-eth estrad triphasic (Tri-Vylibra Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol (Velivet Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (infliximab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament es</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>TYPE II 5-ALPHA REDUCTASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>finasteride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROPECIA ORAL TABLET (finasteride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HELIDAC THERAPY ORAL (metronid-tetracyc-bis subsal)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PYLERA ORAL CAPSULE (bis subcit-metronid-tetracyc)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>amoxicill-clarithro-lansopraz oral</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OMECLAMOX-PAK ORAL (amoxicill-clarithro-omepazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (amoxicill-rifabutin-omepazole)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CYTOTEC ORAL TABLET (misoprostol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>misoprostol oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>UREA CYCLE DISORDER - AGENTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (sod benz-sod phenylacet)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BUPHENYL ORAL POWDER (sodium phenylbutyrate)</td>
<td>3 PA; LD; QL (25 GM per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BUPHENYL ORAL TABLET (sodium phenylbutyrate)</td>
<td>3 PA; LD; QL (40 tablets per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RAVICTI ORAL LIQUID (glycerol phenylbutyrate)</td>
<td>3 PA; LD; SP; QL (17.5 mL per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sod benz-sod phenylacet intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium phenylbutyrate oral powder</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (25 GM per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium phenylbutyrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b* PA; QL (40 tablets per 1 day)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URICOSURICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>probenecid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANALGESICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenazopyridine hcl (Phenazo Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phenazopyridine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTI-INFECTIVES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HIPREX ORAL TABLET (methenamine hippurate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MACROBID ORAL CAPSULE (nitrofurantoin monohyd macro)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MACRODANTIN ORAL CAPSULE (nitrofurantoin macrocrystal)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine hippurate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine mandelate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MONUROL ORAL PACKET (fosfomycin tromethamine)</td>
<td>3 QL (1 pack per 1 fill)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTI SEPTIC-ANTISPASMODIC &amp;/OR ANALGESICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meth-hyo-m bl-na phos-ph sal (Uretron D/S Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methen-hyosc-meth blue-na phos (Uryl Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>uticap oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>meth-hyo-m bl-na phos-ph sal (Utrona-C Oral Tablet)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTI SPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICOLINERGIC)</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (tolterodine tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DETROL ORAL TABLET (tolterodine tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DITROPAN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (oxybutynin chloride)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DITROPAN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG (oxybutynin chloride)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENABLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG (darifenacin hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>ENABLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5 MG (darifenacin hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>GELNIQUE TRANSDERMAL GEL (oxybutynin chloride)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (oxybutynin)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>solifenacin succinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tolterodine tartrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (fesoterodine fumarate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trosplum chloride er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trosplum chloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VESICARE ORAL TABLET (solifenacin succinate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINICS (ANTICHOL)</em>** (NEW)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DETROL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>(tolterodine tartrate)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DETROL ORAL TABLET (tolterodine tartrate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DITROPAN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (oxybutynin chloride)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>DITROPAN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG (oxybutynin chloride)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENABLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG (darifenacin hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENABLEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5 MG (darifenacin hydrobromide)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GELNIQUE TRANSDERMAL GEL (oxybutynin chloride)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride oral syrup</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>oxybutynin chloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (oxybutynin)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td>solifenacin succinate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>toltedidine tartrate er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>toltedidine tartrate oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (fesoterodine fumarate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trospium chloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VESICARE ORAL TABLET (solifenacin succinate)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (mirabegron)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS</em>** (NEW)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bethanechol chloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>bethanechol chloride oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS</em>** (NEW)</td>
<td>flavoxate hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS</em>**</td>
<td>flavoxate hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY STONE AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td>LITHOSTAT ORAL TABLET (acetohydroxamic acid)</td>
<td>3 (\text{PA;}\ \text{LD;}\ \text{QL (10 tablet per 1 day)})</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG (tiopronin)</td>
<td>3 (\text{PA;}\ \text{LD;}\ \text{QL (10 tablet per 1 day)})</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 300 MG (tiopronin)</td>
<td>3 (\text{PA;}\ \text{LD;}\ \text{QL (3 tablet per 1 day)})</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>THIOLA ORAL TABLET (tiopronin)</td>
<td>3 (\text{PA;}\ \text{LD;}\ \text{QL (10 tablet per 1 day)})</td>
</tr>
<tr>
<td><em>URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td>ETHYOL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (amifostine)</td>
<td>3 (\text{PA;}\ \text{SP} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>mesna intravenous solution</td>
<td>1 or 1b* (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (mesna)</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>MESNEX ORAL TABLET (mesna)</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td><em>V1/A/V2-ARGININE VASOPRESSIN (AVP) RECEPTOR ANTAGONISTS</em>** - HORMONES</td>
<td>VAPRISOL INTRAVENOUS SOLUTION (conivaptan hcl in dextrose)</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td><em>VAGINAL ANTI-INFECTIVES</em>**</td>
<td>CLEOCIN VAGINAL CREAM (clindamycin phosphate)</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (clindamycin phosphate)</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>clindamycin phosphate vaginal cream</td>
<td>1 or 1b* (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>CLINDESSE VAGINAL CREAM (clindamycin phosphate (1 dose))</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>metronidazole vaginal gel</td>
<td>1 or 1b* (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>NUVESSA VAGINAL GEL (metronidazole)</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>metronidazole (Vandazole Vaginal Gel)</td>
<td>1 or 1b* (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td><em>VAGINAL ESTROGENS</em>** - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td>ESTRACE VAGINAL CREAM (estradiol)</td>
<td>3 (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>estradiol vaginal cream</td>
<td>1 or 1b* (\text{PA} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>estradiol vaginal tablet</td>
<td>1 or 1b* (\text{QL (18 tablet per 28 days)} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>ESTRING VAGINAL RING (estradiol)</td>
<td>3 (\text{QL (1 ring per 90 days)} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>EMVING RING VAGINAL RING (estradiol acetate)</td>
<td>3 (\text{QL (1 ring per 90 days)} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT (estradiol)</td>
<td>3 (\text{QL (1 ring per 90 days)} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT (estradiol)</td>
<td>3 (\text{QL (1 ring per 90 days)} )</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PREMARIN VAGINAL CREAM (estrogens, conjugated)</td>
<td>2 (\text{QL (1 gm per 1 day)} )</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

260
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VAGIFEM VAGINAL TABLET <em>(estradiol)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (18 tablet per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol <em>(Yuvafem Vaginal Tablet)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (18 tablet per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VAGINAL PROGESTINS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CRINONE VAGINAL GEL 4 % <em>(progesterone)</em></td>
<td>5</td>
<td>SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CRINONE VAGINAL GEL 8 % <em>(progesterone)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 applicator per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENDOMETRIN VAGINAL INSERT <em>(progesterone)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VALPROIC ACID</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG <em>(divalproex sodium)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG <em>(divalproex sodium)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (7 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG <em>(divalproex sodium)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG <em>(divalproex sodium)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG <em>(divalproex sodium)</em></td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE <em>(divalproex sodium)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>VALPROIC ACID</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE <em>(divalproex sodium)</em></td>
<td>2</td>
<td>QL (8 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BEOVU INTRAVITREAL SOLUTION <em>(brolucizumab-dbll)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION <em>(aflibercept)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE <em>(aflibercept)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION <em>(ranibizumab)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE <em>(ranibizumab)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MACUGEN INTRAOcular SOLUTION <em>(pegaptanib sodium)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION (bevacizumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION (ramucirumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MVASI INTRAVENOUS SOLUTION (bevacizumab-awwb)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (ziv-aflibercept)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION (bevacizumab-bvzr)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VASODILATORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydralazine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>hydralazine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>minoxidil oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (nitroprusside sodium-nacl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITROPRESS INTRAVENOUS SOLUTION (nitroprusside sodium)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nitroprusside sodium intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRISDELLE ORAL CAPSULE (paroxetine mesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>paroxetine mesylate oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VASOPRESSIN</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DDAVP INJECTION SOLUTION (desmopressin acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DDAVP NASAL SOLUTION (desmopressin acetate spray)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (desmopressin acetate)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (desmopressin acetate)</td>
<td>3</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DDAVP RHINAL TUBE NASAL SOLUTION (desmopressin acet acid refrigerated)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin ace spray refrig nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate oral tablet 0.2 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate spray nasal solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NOCDURNA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (desmopressin acetate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>STIMATE NASAL SOLUTION (desmopressin acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VASOSTRICT INTRAVENOUS SOLUTION (vasopressin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VASOPRESSORS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (ephedrine sulfate (pressors))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (phenylephrine hcl (pressors))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>dobutamine hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dobutamine in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dopamine hcl intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dopamine in d5w intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (ephedrine sulfate (pressors))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPHEDRINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPHEDRINE SULFATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPINEPHRINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPINEPHRINE HCL-NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ephedrine injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPINEPHRINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPINEPHRINE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (angiotensin ii acetate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>midodrine hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>norepinephrine bitartrate intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NOREPINEPHRINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NOREPINEPHRINE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENYLEPHRINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENYLEPHRINE HCL-NACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENYLEPHRINE HCL-NACL INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (phenylephrine hcl (pressors))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**VIRAL VACCINE COMBINATIONS***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (measles, mumps &amp; rubella vac)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (measles-mumps-rubella-varicell)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (hepatitis a-hep b recomb vac)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**VIRAL VACCINES***

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION (influenza vac split quad)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AFLURIA QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (influenza vac split quad)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (hepatitis b vac recombinant)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ENGERIX-B INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<em>hepatitis b vac recombinant</em>)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<em>influenza vac a&amp;b surf ant adj</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUAD QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<em>influenza vac a&amp;b sa adj quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUARIX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<em>influenza vac split quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUBLOK QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<em>influenza vac recomb ha quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUCELVAX QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<em>influenza vac subunit quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<em>influenza vac split quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLULAVAL QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<em>influenza vac split quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUZONE HIGH-DOSE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<em>influenza vac high-dose quad</em>)</td>
<td>2</td>
<td>QL (0.7 mL per 1 fill)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<em>influenza vac split quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>FLUZONE QUADRIVALENT INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<em>influenza vac split quad</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td>QL (1 fill per 180 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<em>hpv 9-valent recomb vaccine</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (<em>hpv 9-valent recomb vaccine</em>)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<em>hepatitis a vaccine</em>)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (<em>hepatitis b vac recomb adj</em>)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE (<em>rabies virus vaccine, hdc</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IPOL INJECTION INJECTABLE (<em>polio virus vaccine inactivated</em>)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (<em>japanese encephalitis vac inac</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (<em>rabies vaccine, pcec</em>)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (<em>hepatitis b vac recombinant</em>)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (<em>rotavirus vaccine live oral</em>)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROTATEQ ORAL SOLUTION (<em>rotavirus vac live pentavalent</em>)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

264
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (zoster vac recomb adjuvanted)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (hepatitis a vaccine)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (varicella virus vaccine live)</td>
<td>3; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (yellow fever vaccine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (cross-linked hyaluronate)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (hyaluronan)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (hyaluronan)</td>
<td>4</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (hyaluronan)</td>
<td>4</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>SODIUM HYALURONATE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (hylan)</td>
<td>4</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (hylan)</td>
<td>4</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREPARED SYRINGE (sodium hyaluronate (viscosup))</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*VISCOSUPPLEMENTS*** - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>VITAMIN B-1</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>thiamine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN B-6</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>pyridoxine hcl injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN C</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (ascorbic acid)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ascorbic acid injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ASCORBIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN D</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DRISDOL ORAL CAPSULE (ergocalciferol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ERGOCAL ORAL CAPSULE</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ergocalciferol oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN E</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WHEAT GERM OIL ORAL OIL</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMIN K</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEPHYTON ORAL TABLET (phytonadione)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phytonadione injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>phytonadione oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin k1 injection solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMINS A &amp; D</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COD LIVER OIL ORAL OIL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VITAMINS W/ LIPOTOPICS</strong>* - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (vitamins-lipotropics)</td>
<td>2; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-100 complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-100 cr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balance b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balanced b-100 complex cr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balanced b-100 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balanced b-50 complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>balanced b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>complex b-100 oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>cvs balanced b50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>cvs inner ear plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ear health formula oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ear health plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>inner ear plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lipo flavonoid plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lipoflavonoid oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lipoflavovit oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lipo-key oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mega multiple/chelated mineral oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nat-rul b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>px b-50 oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>risanoid plus oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>super stress b-complex cr oral tablet extended release</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ultra b-100 complex oral tablet</td>
<td>1 or 1b*; $0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>VOLATILE ANESTHETICS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>desflurane inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FORANE INHALATION SOLUTION (isoflurane)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoflurane inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sevoflurane inhalation solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUPRANE INHALATION SOLUTION (desflurane)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>isoflurane (Terrell Inhalation Solution)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTANE INHALATION SOLUTION (sevoflurane)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>WOUND CARE - GROWTH FACTOR AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REGRANEX EXTERNAL GEL (becaplermin)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>WOUND CARE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REXASIL PATCH &amp; VITAMIN E LIQ EXTERNAL KIT (silicone-vitamin e)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL EMULSION 2&quot;X2&quot; EXTERNAL PAD (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL EMULSION GAUZE EXTERNAL PAD (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL EMULSION STRIP EXTERNAL (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL ROLL 4&quot;X9&quot; EXTERNAL (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT GAUZE 1&quot;X8&quot; EXTERNAL (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT GAUZE 5&quot;X9&quot; EXTERNAL (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT PATCH 2&quot;X2&quot; EXTERNAL PAD (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT PATCH 4&quot;X4&quot; EXTERNAL PAD (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLATUM ROLL 4&quot;X9' EXTERNAL (bismuth tribromoph-petrolatum)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>WOUND CLEANSERS/DECUBITUS ULCER THERAPY</strong> - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ATRAPRO DERMAL SPRAY EXTERNAL LIQUID (wound cleansers)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MICROCYN EXTERNAL GEL (wound cleansers)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MICROCYN EXTERNAL LIQUID (wound cleansers)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MICROCYN SKIN AND WOUND EXTERNAL GEL (wound cleansers)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>WOUND DRESSINGS</strong> - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT 7 EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT 7 EXTERNAL SHEET (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT ABSORBENT EXTERNAL (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT ABSORBENT EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT ANTIMICROBIAL EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT EXTERNAL SHEET 16&quot;X16&quot; , 4&quot;X4&quot; , 4&quot;X48&quot; , 4&quot;X8&quot; , 8&quot;X16&quot; (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT EXTERNAL SHEET 5&quot;X5&quot; (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT FLEX 3 4&quot;X4&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT FLEX 3 EXTERNAL SHEET (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT FLEX 7 EXTERNAL SHEET (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT MOISTURE CONTROL EXTERNAL PAD 2&quot;X2&quot; (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT MOISTURE CONTROL EXTERNAL PAD 4&quot;X4&quot; , 4&quot;X8&quot; (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT SITE EXTERNAL DISK (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACTICOAT SURGICAL EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLEVYN AG ADHESIVE EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLEVYN AG GENTLE BORDER EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLEVYN AG NON-ADHESIVE EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLEVYN AG SACRUM 6-3/4&quot; EXTERNAL (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

268
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ALLEVYN AG SACRUM 9&quot;X9&quot; EXTERNAL (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALLEVYN GENTLE EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AQUACEL AG BURN EXTERNAL PAD (silver-carboxymethylcellulose)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ARIDA EXTERNAL GEL (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVO CREAM EXTERNAL EMUSLION (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZADROX EXTERNAL GEL (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIAFINE EXTERNAL EMUSLION (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOSTEP AG EXTERNAL SHEET (collagen matrix-silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BIOSTEP EXTERNAL SHEET (collagen matrix (porcine))</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CARRASYN HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CURITY HYPERTONIC NACL STRIP EXTERNAL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CURITY NACL DRESSING 6&quot;X6-3/4&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIAB EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIAB F.D.G. FREEZE-DRIED EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DURAFIBER AG EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DURAFIBER EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENDOFORM DERMAL TEMPLATE EXTERNAL SHEET (collagen matrix (ovine))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENDOFORM DERMAL/FENESTRATED EXTERNAL SHEET (collagen matrix (ovine))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE 4&quot;X4&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE 6&quot;X6&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE FOAM DRESSING EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE FOAM/TUNNELING EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE MRF DRESSING EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE READY FOAM EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYGEL EXTERNAL GEL</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE 12&quot; ROPE EXTERNAL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE DRESS 2&quot;X2&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE DRESS 4&quot;X4&quot; EXTERNAL PAD (hydroactive dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE DRESS 4&quot;X8&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL AMORPHOUS WOUND EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL GAUZE 2&quot;X2&quot; EXTERNAL PAD (hydroactive dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL GAUZE 4&quot;X4&quot; EXTERNAL PAD (hydroactive dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL GAUZE 4&quot;X8&quot; EXTERNAL PAD (hydroactive dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (hydroactive dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KERAGEL EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KERAGELT EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIHONEY CA ALGINATE 2&quot;X2&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIHONEY CA ALGINATE 4&quot;X5&quot; EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIHONEY WOUND/BURN DRESSING EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIHONEY WOUND/BURN DRESSING EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEDIHONEY WOUND/BURN DRESSING EXTERNAL PASTE (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIRODERM BIOLOGIC MATRIX FENES EXTERNAL SHEET (collagen matrix fenest (porc))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIRODERM BIOLOGIC WOUND MATRIX EXTERNAL SHEET (collagen matrix meshed (porc))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OASIS ULTRA MATRIX FENESTRATED EXTERNAL SHEET (collagen matrix fenest (porc))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX EXTERNAL SHEET 5X7CM (collagen matrix meshed (porc))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OASIS ULTRA TRI-LAYER MATRIX EXTERNAL SHEET 7X10CM, 7X20CM (collagen matrix meshed (porc))</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OASIS WOUND MATRIX FENESTRATED EXTERNAL SHEET (collagen matrix fenest (porc))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PICO WOUND THERAPY SYSTEM EXTERNAL KIT (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RADIAGEL EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RESTORE SILVER DRESSING EXTERNAL PAD (calcium alginate-silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RTD WOUND CARE DRESSING EXTERNAL PAD (wound dressings)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>SILVASORB EXTERNAL GEL (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SILVSTAT WOUND DRESSING EXTERNAL GEL (silver)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SONAFINE EXTERNAL EMULSION (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEGADERM AG MESH EXTERNAL PAD (silver)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THERAHEX.JMenuItem  EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THERAHEX.JMenuItem  EXTERNAL SHEET (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VASCUDERM HYDROGEL EXTERNAL GEL (wound dressings)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>XANTHNIE-EXPECTORANTS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>dyphylline-guaifenesin (Difil-G Forte Oral Liquid)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>XANTHINES</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>aminophylline intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (theophylline)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (theophylline)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline er oral tablet extended release 12 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline er oral tablet extended release 24 hour</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>THEOPHYLLINE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>theophylline oral solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ZINC</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GALZIN ORAL CAPSULE (zinc acetate (oral))</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zinc chloride intravenous solution</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>zinc sulfate intravenous solution 1 mg/ml, 5 mg/ml</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZINC SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 3 MG/ML</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>*ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>COMB*** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXLIZET ORAL TABLET (bempedoic acid-ezetimibe)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS</em>** - DRUGS FOR</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METABOLIC DISEASE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS</em>** - DRUGS FOR METABOLIC</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DISEASE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REVCWOI INTRAMUSCULAR SOLUTION (elapegademase-lvlr)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST*** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NOURIANZ ORAL TABLET (istradefylline)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS*** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NEXLETOL ORAL TABLET (bempedoic acid)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AGENTS FOR NARCOTIC WITHDRAWAL*** - DRUGS FOR ADDICTION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL*** - DRUGS FOR ADDICTION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LUCEMYRA ORAL TABLET (lofexidine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>QL (16 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>AMINO ACIDS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMINO ACIDS*** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENDARI ORAL PACKET (glutamine (sickle cell))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA*** - DRUGS FOR THE LIVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (givosiran sodium)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>AMINOMETHYLCYCLINES*** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AMINOMETHYLCYCLINES*** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (omadacycline tosylate)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>NUZYRA ORAL TABLET (omadacycline tosylate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (30 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ANALGESIC COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANALGESIC COMBINATIONS - TOPICAL*** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>A.A.G.C. KIT IN TERODERM EXTERNAL CREAM (amantad-amitrip-gabap-cycloben)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ACTIVE-PREP KIT IV EXTERNAL CREAM</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICOAGULANTS - MISC.</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTICOAGULANTS - MISC.</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DEFITELIO INTRAVENOUS SOLUTION (defibrotide sodium)</td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SODIUM CITRATE LOCK FLUSH INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (memantine hcl-donepezil hcl)</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (memantine hcl-donepezil hcl)</td>
<td>2</td>
<td>QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIDOTE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUODOTE INTRAMUSCULAR SOLUTION AUTO-INJECTOR (atropine-pralidoxime chloride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (sodium nitrite-sod thiosulfate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (emicizumab-kxwh)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIHYPERLIPIDEMICS MISC. COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTIHYPERLIPIDEMICS MISC. COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OMEGA-3 RX COMPLETE ORAL THERAPY PACK</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OMEGA-3/D-3 WELLNESS PACK ORAL KIT (omega-3-acid ethyl esters &amp; d3)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SURE RESULT O3D3 SYSTEM ORAL KIT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (venetoclax)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (venetoclax)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (venetoclax)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (venetoclax)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - BISPECIFIC T-CELL ENGAGERS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BLINCYTO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (blinatumomab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - FGFR KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BALVERSA ORAL TABLET 3 MG (erdaftinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BALVERSA ORAL TABLET 4 MG (erdaftinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>BALVERSA ORAL TABLET 5 MG (erdaftinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PEMAZYRE ORAL TABLET (pemigatinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (14 tablets per 21 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - HORMONAL AND RELATED AGENT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LEUPROLIDE ACETATE-BUPIVACAINE INTRAMUSCULAR SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - METHYLTRANSFERASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAZVERIK ORAL TABLET (tazemetostat hbr)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (8 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ANTINEOPLASTIC - TROPOMYOSIN RECEPTOR KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROZLYTREK ORAL CAPSULE (entrectinib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG (larotrectinib sulfate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG (larotrectinib sulfate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (6 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VITRAKVI ORAL SOLUTION (larotrectinib sulfate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (10 mL per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamiento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC - XPO1 INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selinexor)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 pack per 1 week)</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selinexor)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; QL (1 pack per 1 week)</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selinexor)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; QL (1 pack per 1 week)</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selinexor)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 pack per 1 week)</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selinexor)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; QL (1 pack per 1 week)</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selinexor)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 pack per 1 week)</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selinexor)</em></td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (1 pack per 1 week)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESION AGENT - COMB</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYALUCIL-4 TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORMECA COMBINATION KIT <em>(diclofenac-b6-fa-b12)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR EATING DISORDERS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR <em>(liraglutide - weight management)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-OBESITY AGENT COMBINATIONS</strong> - DRUGS FOR EATING DISORDERS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR <em>(naltrexone-bupropion hcl)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION <em>(ibalizumab--uiyk)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (8 vials per 28 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS</strong>* - DRUGS THAT ALTER METABOLISM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>TYBOST ORAL TABLET</em> <em>(cobicistat)</em></td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEGSEDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE <em>(inotersen sodium)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (4 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CABLIVI INJECTION KIT <em>(caplacizumab-yhdp)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR <em>(dupilumab)</em></td>
<td>5</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE <em>(dupilumab)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES</strong>* - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES</strong>* - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION <em>(bezlotoxumab)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHOLBAM ORAL CAPSULE <em>(cholic acid)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (4 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAG</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE (CGRP) RECEPTOR ANTAG</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR <em>(erenumab-aooe)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 autoinjector per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-JECTOR (fremanezumab-vfrm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (3 syringes per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (fremanezumab-vfrm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (3 syringes per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (galcanezumab-gnlm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 syringe per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (galcanezumab-gnlm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 pen per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (galcanezumab-gnlm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 syringe per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION (eptinezumab-jjmr)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 vial per 3 months)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP)</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NURTEC ORAL TABLET DISPENSABLE (rimegepant sulfate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (15 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>UBRELVY ORAL TABLET (ubrogepant)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (16 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORIN COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORIN COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ceftazidime-avibactam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (ceftolozane-tazobactam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (cefiderocol sulfate tosylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCOLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCOLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-JECTOR (erenumab-aooe)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 autoinjector per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-JECTOR (fremanezumab-vfrm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (3 syringes per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (fremanezumab-vfrm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (3 syringes per 90 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (galcanezumab-gnlm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 syringe per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (galcanezumab-gnlm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 pen per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (galcanezumab-gnlm)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 syringe per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION (eptinezumab-jjmr)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 vial per 3 monthss)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ISTURISA ORAL TABLET (osilodrostat phosphate)</td>
<td>5</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYCLIN-DEPENDENT KINASES (CDK) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IBRANCE ORAL CAPSULE (palbociclib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>IBRANCE ORAL TABLET (palbociclib)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib succinate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib succinate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (ribociclib succinate)</td>
<td>2; OC</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VERZENIO ORAL TABLET (abemaciclib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORKAMBI ORAL PACKET (lumacaftor-ivacaftor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (2 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ORKAMBI ORAL TABLET (lumacaftor-ivacaftor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (tezacaftor-ivacaftor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 carton per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (elexacaftor-tezacaftor-ivacaftor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 carton per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BRILINTA ORAL TABLET (ticagrelor)</td>
<td>2</td>
<td>QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (cangrelor tetrasiomd)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS)</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUNOSI ORAL TABLET 150 MG (solriamfetol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SUNOSI ORAL TABLET 75 MG (solriamfetol hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ERYTHROID MATURATION AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ERYTHROID MATURATION AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (luspatercept-aamt)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN COMBINATIONS</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BI-EST 50:50 TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-ANDROGEN-PROGESTIN</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-ANDROGEN-PROGESTIN</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BI-EST PROGEST-TESTOSTERONE TRANSDERMAL CREAM</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK (elagolix-estradiol-norethind)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DUAVEE ORAL TABLET (conj estrogens-bazedoxifene)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE LIVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE LIVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OCALIVA ORAL TABLET (obeticholic acid)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>FENTANYL COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>FENTANYL COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL CIT-ROPIVACAINE-NACL EPIDURAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL-BUPIVACAINE-NACL EPIDURAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FENTANYL-BUPIVACAINE-NACL INJECTION SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>FLUOROCYCLINES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (eravacycline dihydrochloride)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION (brexanolone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>GLYCOPEPTIDES</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (dalbavancin hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (vancomycin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (oritavancin diphosphate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOCIN HCL ORAL CAPSULE (vancomycin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOCIN ORAL CAPSULE (vancomycin hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOMYCIN HCL IN NAACL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 grams per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.25 GM, 1.5 GM, 250 MG</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm, 100 gm, 5 gm, 750 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>QL (2 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>vancomycin hcl oral capsule</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED</td>
<td>3</td>
<td>PA</td>
</tr>
<tr>
<td>VANCOMYCIN+SYRSPEND SF ORAL SUSPENSION (vancomycin hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (teloavancin hcl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>HEMOGLOBIN S (HBS) POLYMERIZATION INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OXBRYTA ORAL TABLET (voxelotor)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EPCLUSA ORAL TABLET (sofosbuvir-velpatasvir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (ledipasvir-sofosbuvir)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (1 packet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (ledipasvir-sofosbuvir)</td>
<td>5</td>
<td>PA; QL (2 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (ledipasvir-sofosbuvir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (ledipasvir-sofosbuvir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVYRET ORAL TABLET (glecaprevir-pibrentasvir)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIEKIRA PAK ORAL TABLET THERAPY PACK (ombitas-paritapre-ritona-dasab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VOSEVI ORAL TABLET (sofosbuv-velpatav-voxilaprev)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEPATIER ORAL TABLET (elbasvir-grazoprevir)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS</strong>* - DRUGS THAT ALTER METABOLISM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XURIDEN ORAL PACKET (uridine triacetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (4 packets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (pitolisant hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (pitolisant hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; DO; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS</strong>* - DRUGS FOR METABOLIC DISEASE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (asfotase alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IBS AGENT - MU-OPIOID RECEPTOR AGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VIBERZI ORAL TABLET (eluaxadoline)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>IMPOTENCE AGENT COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BI-MIX INTRA cavernosal solution reconstituted</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>QUAD-MIX INTRA cavernosal solution reconstituted</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER BI-MIX INTRA cavernosal solution reconstituted</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER QUAD-MIX INTRA cavernosal solution reconstituted</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER TRI-MIX INTRA cavernosal solution reconstituted</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IMPOTENCE AGENTS - OTHER</em>**</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHENYLEPHRINE HCL INTRA cavernosal solution</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>IN VITRO/LOCK ANTICOAGULANTS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACD FORMULA A IN VITRO SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACD-A NOCLOT-50 IN VITRO SOLUTION (anticoagulant cit dext soln a)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTICOAGULANT CIT DEXT SOLN A IN VITRO SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ANTICOAGULANT SODIUM CITRATE IN VITRO SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRICITRASOL IN VITRO CONCENTRATE (anticoagulant sodium citrate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>INSULIN-INCRETIN MIMETIC COMBINATIONS</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin glargine-lixisenatide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (5 pen per 25 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (insulin degludec-liraglutide)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (5 pen per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R)</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (teprotumumab-trbw)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (8 fills per 168 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamento</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTEGRIN RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ENTYVIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (vedolizumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (1 vial per 56 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (ustekinumab)</td>
<td>4</td>
<td>PA; SP; QL (4 vial per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA)</strong>* - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA)</strong>* - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (benralizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (benralizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 syringes per 8 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (mepolizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 autoinjector per 4 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (mepolizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 syringe per 4 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (mepolizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA)</strong>* - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA)</strong>* - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (reslizumab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-6 (IL-6) ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INTERLEUKIN-6 (IL-6) ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (siltuximab)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ISOCITRATE DEHYDROGENASE-1 (IDH1) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ISOCITRATE DEHYDROGENASE-1 (IDH1) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TIBSOVO ORAL TABLET (ivosidenib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>ISOCITRATE DEHYDROGENASE-2 (IDH2) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IDHIFA ORAL TABLET 100 MG (enasidenib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>IDHIFA ORAL TABLET 50 MG (enasidenib mesylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LEPTIN ANALOGUES</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (metreleptin)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LHRH/GNRH AGONIST ANALOG COMBINATIONS</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 &amp; 5 MG (leuprolide &amp; norethindrone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 84 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 &amp; 5 MG (leuprolide &amp; norethindrone)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 kit per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (lifitegrast)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 vial per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>LYSOSOMAL ACID LIPASE (LAL) DEFICIENCY - AGENTS</strong>* - DRUGS FOR METABOLIC DISEASE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION (sebelipase alfa)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS (UV PROTECTIVE)</strong>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SCENESSE SUBCUTANEOUS IMPLANT (afamelanotide acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (1 implant per 2 months)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

284
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (bremelanotide acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (4 autoinjectors per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>DUST MITE MIXED ALLERGEN EXT SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED ASPERGILLUS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED FEATHERS SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (dust mite mixed allergen ext)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (grass mix pollens allergen ext)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SORREL/DOCK MIX SUBCUTANEOUS SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (aztreonam)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (aztreonam lysine)</td>
<td>5</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (elosulfase alfa)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td>MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (vestronidase alfa-vjbk)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weekss)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weeks)</td>
</tr>
<tr>
<td>MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (cladribine)</td>
<td>4</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 packs per 46 weeks)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*MULTIPLE VITAMINS & FLUORIDE-FOLIC ACID*** - VITAMINS AND MINERALS

MULTIVITAMIN/FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE                                 3

*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION

*MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID*** - DRUGS FOR NUTRITION

QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE (multi vit-min-fluoride-fe-fa)            3

*MUSCULAR DYSTROPHY AGENTS*** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES

EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (eteplirsen)                               5

VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (goldorisen)                               5

*NASAL ANESTHETICS*** - DRUGS FOR THE NOSE

*COCaina HCL NASal SOLUTION                                                3

GOPRELTO NASal SOLUTION                                                    3

NUMBRINO NASal SOLUTION (cocaine hcl (nasal anesthetic))                   3

*NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB*** - DRUGS FOR THE HEART

*NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB*** - DRUGS FOR THE HEART

ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG (sacubitril-valsartan)                       3

ENTRESTO ORAL TABLET 49-51 MG, 97-103 MG (sacubitril-valsartan)            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 alta que los del nivel 1  Nivel 2=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1  Nivel 3=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2  Nivel 4=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados  Nivel 5=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida  $0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis  LD=distribución limitada  PA=autorización previa  QL=límites de cantidad  SP=medicamentos especializados  ST=terapia escalonada

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament os</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NORTHERA ORAL CAPSULE (droxidopa)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>N-METHYL-D-ASPARTIC ACID (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>N-METHYL-D-ASPARTIC ACID (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS</strong>* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (esketamine hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (4 kits per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (esketamine hcl)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (4 kits per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NSAID-DIETARY MANAGEMENT COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NSAID-DIETARY MANAGEMENT COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRASTERA ORAL KIT (prasterone &amp; ibuprofen)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NSAID-VITAMINS AND/OR MINERALS COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>NSAID-VITAMINS AND/OR MINERALS COMBINATIONS</strong>*</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EQUIPAX/IBUPROFEN/MINREX ORAL THERAPY PACK</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ONCOLYTIC VIRAL AGENTS - HSV1</strong>* - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>ONCOLYTIC VIRAL AGENTS - HSV1</strong>* - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>IMLYGIC INTRALESIONAL SUSPENSION (talimogene laherparepvec)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (netarsudil-latanoprost)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (cenegermin-bkbi)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (2 vials per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PHOTREXA VISCOS OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (riboflavin 5-phosphate-dextran)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (riboflav5 &amp; riboflav5-dextran)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (netarsudil dimesylate)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OPHOTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE EYE</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>NALTREXONE SUBCUTANEIOUS IMPLANT</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>OREXIN RECEPTOR ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>BELSOMRA ORAL TABLET (suvorexant)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>DAYVIGO ORAL TABLET (lemborexant)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>OXABOROLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KERYDIN EXTERNAL SOLUTION (tavaborole)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (0.34 mL per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PA ENDONUCLEASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (baloxavir marboxil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 dose pack per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (baloxavir marboxil)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 dose pack per 90 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PASSIVE IMMUNIZING AGENTS - COMBINATIONS</em>** - BIOLOGICAL AGENTS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>HYQVIA SUBCUTANEIOUS KIT (immune globulin-hyaluronidase)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PCS9 INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (alirocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 injection per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (evolocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 injector per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (evolocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (evolocumab)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 syringe per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS &amp; MINERALS W/ FLUORIDE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS &amp; MINERALS W/ FLUORIDE</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (ped multiple vit-minerals-fl)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PERITONEAL DIALYSIS SOLUTIONS</em>** - DRUGS FOR THE KIDNEYS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PERITONEAL DIALYSIS SOLUTIONS</em>** - DRUGS FOR THE KIDNEYS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/4.25% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-SM/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>2</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-SM/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL LOW CALCIUM/1.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL LOW CALCIUM/2.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL LOW CALCIUM/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL PD-2/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL PD-2/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>DIANEAL PD-2/4.25% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EXTRANEALE INTRAPERITONEAL SOLUTION (icodextrin-electrolytes)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL PD-2/1.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL PD-2/2.5% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL PD-2/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL/1.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL/2.5% DEXTROSE INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRABAG/DIANEAL/4.25% DEX INTRAPERITONEAL SOLUTION (peritoneal dialysis solutions)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ALIQPAPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (copanlisib hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
<tr>
<td>COPIKTRA ORAL CAPSULE (duvelisib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (alpelisib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 pack per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (alpelisib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 pack per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (alpelisib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; SP; QL (1 pack per 28 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZYDELIG ORAL TABLET (idelalisib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - TOPICAL</em>** - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EUCRISA EXTERNAL OINTMENT (crisaborole)</td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR PAIN AND FEVER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OTEZLA ORAL TABLET (apremilast)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK (apremilast)</td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (lanadelumab-flyo)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

290
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>PLEUROMUTILINS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PLEUROMUTILINS</em>** - DRUGS FOR INFECTIONS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>XENLETA INTRAVENOUS SOLUTION (leflamulin acetate)</td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td>XENLETA ORAL TABLET (leflamulin acetate)</td>
<td>3</td>
<td>PA; LD; QL (10 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>POLY (ADP-RIbose) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS</em>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>POLY (ADP-RIbose) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS</em>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LYNPARZA ORAL TABLET (olaparib)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RUBRACA ORAL TABLET 200 MG (rucaparib camsylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (6 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RUBRACA ORAL TABLET 250 MG (rucaparib camsylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>RUBRACA ORAL TABLET 300 MG (rucaparib camsylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG (talazoparib tosylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG (talazoparib tosylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ZEJULA ORAL CAPSULE (niraparib tosylate)</td>
<td>3; OC</td>
<td>PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN) COMBINATION AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN) COMBINATION AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CONVENIENCE PAK COMBINATION THERAPY PACK (gabapentin &amp; lidocaine)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>GRALISE ORAL TABLET 300 MG <em>(gabapentin (once-daily))</em></td>
<td>2</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>GRALISE ORAL TABLET 600 MG <em>(gabapentin (once-daily))</em></td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>GRALISE STARTER ORAL <em>(gabapentin (once-daily))</em></td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG <em>(pregabalin)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG <em>(pregabalin)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>POSTHERPETIC NEURALGIA(PHN)/NEUROPATHIC PAIN COMB AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CONVENIENCE PAK COMBINATION THERAPY PACK <em>(gabapentin &amp; lidocaine)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>POTASSIUM REMOVING AGENTS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate <em>(Kionex Oral Suspension)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>LOKELMA ORAL PACKET <em>(sodium zirconium cyclosilicate)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral powder</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate oral suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate rectal suspension</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>sodium polystyrene sulfonate <em>(Sps Oral Suspension)</em></td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VELTASSA ORAL PACKET <em>(patiromer sorbitex calcium)</em></td>
<td>3</td>
<td>LD</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PRENATAL MV &amp; MINERALS W/FA WITHOUT IRON</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE <em>(prenat mv-min-methylfolate-fa)</em></td>
<td>3</td>
<td>ST</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ZONTIVITY ORAL TABLET <em>(vorapaxar sulfate)</em></td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicament</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><em>PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR NUTRITION</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION <em>(amino ac-dext-lipid-electrolyt)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION <em>(amino ac-dext-lipid-electrolyt)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS</em>** - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>OFEV ORAL CAPSULE <em>(nintedanib esylate)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 capsules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY FIBROSIS AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY FIBROSIS AGENTS</em>** - DRUGS FOR THE LUNGS</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESBRIET ORAL CAPSULE <em>(pirfenidone)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (9 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ESBRIET ORAL TABLET 267 MG <em>(pirfenidone)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (9 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>ESBRIET ORAL TABLET 801 MG <em>(pirfenidone)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST</em>** - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>UPTRAVI ORAL TABLET <em>(selexipag)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK <em>(selexipag)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SCLEROSTIN INHIBITORS</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SCLEROSTIN INHIBITORS</em>** - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE <em>(romosozumab-aqgg)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; SP; QL (2 syringes per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><em>SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS</em>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SEBORRHEIC KERATOSIS PRODUCTS</em>* - DRUGS FOR THE SKIN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ESKATA EXTERNAL SOLUTION <em>(hydrogen peroxide)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIN BLOCKERS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>SELECTIN BLOCKERS</em>** - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION <em>(crizanlizumab-tmca)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020

293
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>SELETTIV SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F)</strong> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>REYVOW ORAL TABLET 100 MG (lasmiditan succinate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (8 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td>REYVOW ORAL TABLET 50 MG (lasmiditan succinate)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (4 tablets per 30 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SEPTAL AGENTS - ABLATION</strong> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (dehydrated alcohol)</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG</strong> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ADDYI ORAL TABLET (flibanserin)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SEROTONIN MODULATORS</strong> - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>nefazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>trazodone hcl oral tablet</td>
<td>1 or 1a*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (vortioxetine hbr)</td>
<td>3</td>
<td>DO</td>
</tr>
<tr>
<td>TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG (vortioxetine hbr)</td>
<td>3</td>
<td>QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (vilazodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; DO</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG (vilazodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT (vilazodone hcl)</td>
<td>3</td>
<td>ST; QL (1 pack per 365 days)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SINUS NODE INHIBITORS</strong> - DRUGS FOR THE HEART</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CORLANOR ORAL SOLUTION (ivabradine hcl)</td>
<td>3</td>
<td>PA; QL (4 ampules per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>CORLANOR ORAL TABLET (ivabradine hcl)</td>
<td>2</td>
<td>PA; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID (SIRNA) AGENTS</strong> - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (patisiran sodium)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY ORAL TABLET (empagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG (empagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (empagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (dapagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (1 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (dapagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablet per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (dapagliflozin-metformin hcl)</td>
<td>2</td>
<td>ST; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE BLOOD</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>TAVALISSE ORAL TABLET (fostamatinib disodium)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL</strong>* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL</strong>* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide (Oralene Mouth/Throat Paste)</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>triamcinolone acetonide mouth/throat paste</td>
<td>1 or 1b*</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TETRAHYDROISOQUINOLINES</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TETRAHYDROISOQUINOLINES</strong>* - DRUGS FOR CANCER</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (trabectedin)</td>
<td>3</td>
<td>LD; SP</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRANSTHYRETIN STABILIZERS</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRANSTHYRETIN STABILIZERS</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VYNDAMAX ORAL CAPSULE (tafamidis)</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (1 capsule per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td>VYNAQUEL ORAL CAPSULE (tafamidis meglumine (cardiac))</td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP; QL (4 capsules per 1 day)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

En vigencia desde el 08/01/2020
<table>
<thead>
<tr>
<th>Nombre del medicamento recetado</th>
<th>Nivel de medicamentos</th>
<th>Requisitos de cobertura y límite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS</strong>* - DRUGS FOR THE STOMACH</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>XERMELO ORAL TABLET (telotristat etiprate)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS</strong>* - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS</em>** - DRUGS FOR WOMEN</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>PHEXXI VAGINAL GEL (lactic ac-citr ac-pot bitart)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS</strong>* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS</strong>* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (dextranomer-hyaluronic acid)</em></td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>X-LINKED HYPOPHOSPHATEMIA (XLH) TREATMENT - AGENTS</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>X-LINKED HYPOPHOSPHATEMIA (XLH) TREATMENT - AGENTS</strong>* - HORMONES</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><em>CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION (burosumab-twza)</em></td>
<td>5</td>
<td>PA; LD; SP</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**MARCA=medicamento de marca genéricos=medicamento de nombre genérico**

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

**Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja

**Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja

**Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1

**Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2

**Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados

**Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida

**$0=medicamentos preventivos DO=optimización de dosis LD=distribución limitada PA=autorización previa QL=límites de cantidad SP=medicamentos especializados ST=terapia escalonada**

En vigencia desde el 08/01/2020
apitab.................................228
Aprepitant..........................246
Aptivus..............................68
Aquaba....................................130
Aquacel Ag Burn....................269
Aqualance Lancets 30G.........130
Aquasol A.............................265
Arakoda..................................53
Aralam...................................25
Aranelle...............................256
Aranesp (Albumin Free).........119, 120
Arava.....................................225
Arazo.................................16
Aracyst.................................158
Arcapta Neohaler....................82
Argatroban............................249
Argatroban in Sodiuim Chloride...249
Arginine HCL...........................27
Argyle Sterile Saline...............127
Argyle Sterile Water.................161
Aricept...................................99
Arida.....................................269
Arikayce...............................27
Arimidex...............................74
Aripiprazole.........................225
Aristada.................................225
Aristada Initio.........................225
Arixtra....................................247
Arizona Cypress........................20
armodafinil.............................245
Armour Thyroid.........................250
Arnuny Ellipta..........................243
Aromasin...............................74
Arranon.................................53
arsenic trioxide.......................63
Artihrotec..............................189
Articadent Dental......................165
Artiss...................................146
Arzerra...................................57
Ascol HD..................................157
Asceniv...................................155
Asclera....................................232
Ascomp-Codeine.........................101
Ascor.....................................266
Ascorbic acid..........................266
Ascorbic acid sodium.................266
Ashyna....................................122
Asparlas.................................62
Aspergillus Fumigatus..............20
Aspirin.................................228
Aspirin 81..............................227
Aspirin adult.........................227
Aspirin adult low dose.............227
Aspirin adult low strength........227
Aspirin childrens...............227
Aspirin ec..............................227
Aspirin ec adult low strength.....227
Aspirin ec low dose.................227
Aspirin ec low strength.............227
Aspirin low dose.....................227
Aspirin low strength.................227
aspirin-dipryridamide er.........213
Aspirin-omeprazole....................213
aspirin-low..............................228
ASSURE COMFORT LANCETS......28G
ASSURE COMFORT LANCETS HIGH...28G
ASSURE HAEMOLANCE PLUS LOW...130
ASSURE HAEMOLANCE PLUS........130
ASSURE HAEMOLANCE PLUS MICRO..130
ASSURE HAEMOLANCE PLUS NORMAL..130
ASSURE HAEMOLANCE PLUS PED ....130
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR......179
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES....179
ASSURE LANCE LANCETS............130
ASSURE LANCE LANCETS 21G......130
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G....130
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G....130
ASSURE LANCE PLUS SAFETY LANCET 28G..130
ASSURE LANCETS......................130
ASTGRAF XL.............................169
Atabex EC...............................215
Atabex OB...............................215
ATACAND..................................33
ATACAND HCT...........................32
atazarinavir sulfate.................68
ATELVIA....................................87
atenolol..................................84
ATENOLOL+SYRSPEND SF..............84
atenolol-chlorthalidone..............83
ATGAM....................................154
ATIVAN....................................82
atomoxetine hcl......................18
atorvastatin calcium...............149
atovaquone.............................65
atovaquone-proguanil hcl..........52
atracurium besylate..................188
ATRALIN....................................16
ATRAPER DERMAL SPRAY.............268
Atripila....................................67
Atropen....................................80
atropine sulfate......................80
ATROPINE SULFATE...................80, 110, 111
ATROVENT HFA.........................89
AUBAGIO....................................173
Aubra.....................................101
Aubra Eq..................................101
Augmentin..............................208
AUGMENTIN ES-600.....................208
Aureobasidium..........................20
Aureobasidium Pullulans............20
AURORA LANCET SUPER THIN 30G....130
AURORA LANCET THIN 23G...........130
AURORA PEN NEEDLES...............179
AURORA UNIFINE PENTIPS...........179
Aurovela 1.5/30.........................101
Aurovela 1/20.........................101
Aurovela 24 Fe.........................101
Aurovela Fe 1.5/30.....................101
Aurovela Fe 1/20.......................102
Auryxia....................................211
Austedo.................................173
Australian Pine........................20
Auto-Lancet............................130
Auto-Lancet Mini......................130
Autolet II Clinisafe...................130
Autolet Lancing Device..............130
Autolet Lite Clinisafe..............130
Autolet Lite Starter Pack...........130
Autolet Mini.........................130
Autolet Platforms....................130
Autolet Plus.........................130
Avalide....................................32
Avandia.................................248
Avapro.....................................33
Avastin....................................262
Aveed..................................... 30
Aviane.....................................102
Avidox....................................247
Avita.......................................16
Avitene....................................146
Avitene Flour.........................146
Avo Cream...............................269
Avodart....................................12
Avonex Pen...............................173
Avonex Prefilled.......................173
Avycaz....................................277
Aygestin.................................221
Ayuna.....................................102
Ayyakit....................................59
azacitidine..............................53
Azactam.................................285
Azadrox.................................269
Azasan....................................224
Azasite....................................191
azathioprine.............................224
Azathioprine Sodium..................224
Azedra Dosimetric.....................63
Azedra Therapeutic....................63
Azelaic acid.............................226
Azelaic acid.............................226
azelaic acid.............................226
azelaic acid.............................226
Azeline....................................50
Azelex.....................................16
Azeschew.................................64
Prenatal/Postnatal....................215
Azilect....................................64
Azithromycin............................75
<table>
<thead>
<tr>
<th>Drug Name</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Az femme</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>B-complex</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>balanced</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>BD AUTO</td>
<td>179</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN N</td>
<td>179</td>
</tr>
<tr>
<td>B-COMPL</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>B-complex</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>b-complex</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>BACMET</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>BACOGEN</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>baclofen</td>
<td>95, 96</td>
</tr>
<tr>
<td>bactracin</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>bactrocin-5</td>
<td>51, 191</td>
</tr>
<tr>
<td>bactrocin-polyxym b</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>bactrina-neocytin-polyxym-hc</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>b aton</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>BD LANCET</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN N</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN N</td>
<td>130</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEND</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN N</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>BD PEN N</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>BD SAFETY</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>BD SAFETY-LOK</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>BD VE0</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>BD VE0 INS</td>
<td>180</td>
</tr>
<tr>
<td>BECONASE</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>bekrye</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>BELBUCA</td>
<td>201</td>
</tr>
<tr>
<td>BELEODAQ</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>BELRAPZO</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>BELSOMRA</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>benazepril hcl</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>benazepril-hydrochlorothiazide</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>BENDAMUSTINE</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>BENDEKA</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>BENEFIX</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>BENICAR</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>BENICAR HCT</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>BENLYSTA</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>BENTYL</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZAC AC</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZACIN</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZAC WITH PUMP</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZALONIUM CHLORIDE</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZAMIC</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Benzepro Short Contact</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>benzhydrocodone-acetaminophen</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZI-Q</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZI-Q LS</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>benzig wash</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZIDAZOLE</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZOIN</td>
<td>237</td>
</tr>
<tr>
<td>benzonatate</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide-erthromycin</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>benzoyl peroxide</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZYL</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZYL</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>BENZYL</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>BETADA OPHTHALMIC</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone combo</td>
<td>242</td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone dipropionate aug</td>
<td>106</td>
</tr>
<tr>
<td>betamethasone sol phos &amp; acet</td>
<td>242</td>
</tr>
<tr>
<td>BETAMETHASONE</td>
<td>242</td>
</tr>
<tr>
<td>BETAPACE</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>BETAPACE AF</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>BETASERON</td>
<td>173</td>
</tr>
<tr>
<td>betaxolol hcl</td>
<td>84, 85</td>
</tr>
<tr>
<td>betaxolol-hcl</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>BETHEKIS</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>BETIMOL</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>BETOPTIC-S</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>better b complex</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>BEVESSPI AEROSPHERE</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>bexarotene</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td>BEXERO</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>BEYAZ</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>BHI URI-CONTROL</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>BIAFINE</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>bicalutamide</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>BICILLIN</td>
<td>208</td>
</tr>
<tr>
<td>BICILLIN C-R</td>
<td>208</td>
</tr>
<tr>
<td>BICILLIN C-R 900/300</td>
<td>208</td>
</tr>
<tr>
<td>BICILLIN L-A</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>BICNU</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>BIDIL</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>BI-EST</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>BI-EST 50:50</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>BI-EST 80:20</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>BI-EST PROGEST-TESTOSTERONE</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>BIEST/PROGESTERONE</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>big 100</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>BIJUVA</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>BIKTARVY</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>BILTRICIDE</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>binatoprost</td>
<td>222, 223</td>
</tr>
<tr>
<td>BI-MIX</td>
<td>282</td>
</tr>
<tr>
<td>BINOSTO</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>biocel</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>BIOLON</td>
<td>195</td>
</tr>
<tr>
<td>BIORPHEN</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>BIO-STATIN</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>Drug Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>dacarbazine</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>CYTOVENE</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>D.H.E. 45</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>dacarbazine</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>DACOGEN</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>daily multiple vitamins</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>daily multiple vitamins/iron</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>daily value multivitamin</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vitamin</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vitamin formula+iron</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vitamins</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vise</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vise multivitamin/iron</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>daily vites</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>daily-vitamin</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>daily-vitamin/iron</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>daily-vite</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>dalfampridine er</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>DALIRESP</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td>DALVANCE</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td>daunorubicin hcl</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>DAURISMO</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>DAYPRO</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>Daysee</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>DAYTRAHA</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>DAYVIGO</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>dDAVP</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>DDAVP RHINAL TUBE</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>DEBACTEROL</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Decadron</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>decitabine</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>deferasirox</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>deferoxamine mesylate</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>DEFILITIO</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td>DEFLEX</td>
<td>296</td>
</tr>
<tr>
<td>DELESTROGEN</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/1.5% DEXTROSE</td>
<td>209, 289</td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/2.5% DEXTROSE</td>
<td>209, 289</td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-LC/4.25% DEXTROSE</td>
<td>209, 289</td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-SM/1.5% DEXTROSE</td>
<td>209, 289</td>
</tr>
<tr>
<td>DELFLEX-SM/2.5% DEXTROSE</td>
<td>209, 289</td>
</tr>
<tr>
<td>DELSTRIGO</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Delyla</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>DELZICOL</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>demeclocycline hcl</td>
<td>247</td>
</tr>
<tr>
<td>DEMEROL</td>
<td>196</td>
</tr>
<tr>
<td>DEMSER</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>DENTAGEL</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE</td>
<td>261</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE ER</td>
<td>261</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPAKOTE SPRINKLES</td>
<td>261</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPEN TITRATABS</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-ESTRADIOL</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-MEDROL</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-PROVERA</td>
<td>220, 222</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-SUQ PROVERA 104</td>
<td>220</td>
</tr>
<tr>
<td>DEPO-TESTOSTERONE</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>DERMACINRX DUOPATCH</td>
<td>252</td>
</tr>
<tr>
<td>PHARMAPAK</td>
<td>252</td>
</tr>
<tr>
<td>PHARMACIA</td>
<td>252</td>
</tr>
<tr>
<td>DERMAGRAFT</td>
<td>237, 251</td>
</tr>
<tr>
<td>DERMA-SMooth/FS BODY</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>DERMOTIC</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>DESCOVY</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>DESFERAL</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>desflurane</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>desipramine hcl</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>desloratadine</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin ace spray refriger</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate spray</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>desmopressin acetate</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>desogestrel-ethinyl estradiol</td>
<td>87, 102</td>
</tr>
<tr>
<td>desonide</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>DESOWEN</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>desoximetasone</td>
<td>107</td>
</tr>
<tr>
<td>DESOXY</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>DESVENLAFAXINE ER</td>
<td>236</td>
</tr>
<tr>
<td>desvenlafaxine succinate er</td>
<td>236</td>
</tr>
<tr>
<td>DETROL</td>
<td>258, 259</td>
</tr>
<tr>
<td>DETROL LA</td>
<td>258, 259</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXABLISS</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE (LA)</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE ACE &amp; SOD PHOS</td>
<td>242</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE INTENSOL</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sod phosphate pf</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXAMETHASONE SOD PHOSATE PF</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethasone sodium phosphate</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>dexchlorpheniramine maleate</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXEDRINE</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>Dexifol</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXILANT</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXMEDETOMIDINE HCL</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethomidine hcl</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>dexamethomidine hcl in nacl</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXOTRO</td>
<td>304</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine hcl</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine hcl er</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXPANTHENOL</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>dextroamphetamine sulfate er</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>dextrose</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>DEXTROSE</td>
<td>94</td>
</tr>
</tbody>
</table>
DUST MITE MIXED ALLERGEN .......................... 285
dutasteride.............................................. 12
dutasteride-tamsulosin hcl.......................... 223
dUTOPROL.............................................. 83
Dvorah.................................................. 114
dXEVO 11-DAY........................................ 128
dYANAVEL XR........................................ 28
dYAZIDE ............................................... 116
dYMISTA .............................................. 50
dYRENIUM............................................. 214
dYSYRPT ............................................. 186
e.e.s. 400............................................... 119
E.E.S. GRANULES ................................... 119
ear health formula................................. 267
ear health plus....................................... 267
EASTERN COTTONWOOD........................... 21
EASY COMFORT INSULIN
SYRINGE............................................... 181
EASY COMFORT LANCETS........................ 132
EASY COMFORT LANCETS
TWIST TOP........................................... 132
EASY COMFORT PEN NEEDLES.................. 181
EASY GLIDE PEN NEEDLES........................ 181
EASY MINI EJECT LANCING
DEVICE............................................... 132
EASY MINI LANCING DEVICE..................... 132
EASY TOUCH FLIPLOCK
INSULIN SY........................................... 181
EASY TOUCH INSULIN SAFETY
SYR...................................................... 181
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE
.......................................................... 181
EASY TOUCH LANCETS 21G........................ 132
EASY TOUCH LANCETS 23G........................ 132
EASY TOUCH LANCETS 26G........................ 132
EASY TOUCH LANCETS 28G........................ 132
EASY TOUCH LANCETS
28G/TWIST........................................... 132
EASY TOUCH LANCETS 30G........................ 132
EASY TOUCH LANCETS
30G/TWIST........................................... 132
EASY TOUCH LANCETS 32G........................ 132
EASY TOUCH LANCETS
32G/TWIST........................................... 132
EASY TOUCH LANCETS
33G/TWIST........................................... 132
EASY TOUCH LANCING DEVICE................. 132
EASY TOUCH PEN NEEDLES...................... 181
easygel.............................................. 123
EC-NAPROSYN...................................... 190
EC-NAPROXEN...................................... 190
econazole nitrate.................................. 153
econtra ez........................................... 118
econtra one-step.................................... 118
ecotrin.................................................. 228
ecotrin low strength............................... 228
ECOZA................................................. 153
ecprin.................................................. 228
EC-RX ESTRADIOL................................. 121
EC-RX PROGESTERONE............................. 221
EC-RX TESTOSTERONE............................. 30
ECZEMOL............................................. 150
EDARBI................................................. 33
EDARBYCLO........................... 32
EDECRIN.............................................. 168
EDETATE DISODIUM................................. 99
ED BUFFER........................................... 123
EDLUAR............................................... 188
EDURANT............................................. 69
efavirenz............................................. 69
EFFER-K............................................... 213
Effer-K.............................................. 214
EFFEXOR XR........................................ 236
EFFIENT............................................... 249
EFUDEX............................................... 62
EGIFTA................................................. 145
EGIFTA SV........................................... 145
EHA....................................................... 168
ELAPRASE........................................... 173
ELCYS.................................................. 27
ELELYSO........................................... 19
ELETRIN.............................................. 121
eletiriptan hydrobromide....................... 233
ELIDEL................................................. 169
ELIGARD............................................. 163, 164
ELIMITE.............................................. 231
Elinest.............................................. 102
ELIQUIS.............................................. 115
ELIQUIS DVT/PE STARTER
PACK................................................... 115
ELITEK................................................. 99
elite-ob.............................................. 215
ELITE-THIN INSULIN SYRINGE................. 181
ELIXOPHYLLIN................................. 271
ELLA.................................................... 118
ELLENCE................................. 61
ELLIOTS B........................................... 117
ELMIRON............................................. 158
ELOCTATE........................................... 48
Eluryng.............................................. 105
ELZONRIS........................................... 63
EMBRACE LANCETS ULTRA
THIN 30G........................................... 132
EMCYT............................................... 122
EMEND................................................. 246
EMEND TRI-PACK................................. 246
EMERPHED........................................... 263
EMFLAZA............................................. 128
EMGALITY........................................... 277, 278
EMGALITY (300 MG DOSE)................. 277, 278
Emoquette........................................... 102
EMPLICITI........................................... 57
EMSAM............................................... 172
EMTRIVA............................................. 70
EMULSION SB................................. 171
EMVERM............................................. 35
ENABLEX................................. 258, 259
enalapril maleate............................... 14
enalaprilat........................................... 14
enalapril-hydrochlorothiazide.............. 13
ENBRACE HR......................................... 215
ENBREL............................................. 240, 241
ENBREL MINI................................. 240
ENBREL SURECLICK......................... 241
ENCARE.............................................. 241
ENDARI............................................... 272
ENDO AVITENE.................................... 146
Endocet............................................. 201
ENDOFORM DERMAL
TEMPLATE........................................... 269
ENDOFORM DERMALE/GENERATED.... 269
ENDOMETRIN........................................ 261
endur-b.............................................. 79
ENFAMIL EXPECTA............................... 219
ENGERIX-B........................................ 263, 264
ENGLISH PLANTAIN............................... 21
ENGYSTOL........................................... 150
ENHERTU.............................................. 61
ENOVAX-TRAMADOL................................ 29
enoxaparin sodium.............................. 168
Enpresse-28........................................ 256
Enskyce............................................. 102
ENSTILAR............................................ 253
entacapone........................................ 209
entecavir........................................... 148
ENTEREG............................................ 209
ENTOCORT EC................................. 128
ENTRESTO.......................................... 286
ENTYVIO............................................. 283
enulose.............................................. 159
ENVARSUS XR..................................... 169
EPANED............................................... 14
EPCLUA............................................. 281
EPHEDRINE SULFATE............................. 263
EPHEDRINE SULFATE-NACL.................. 263
EPICOCCUM......................................... 21
EPICOCCUMGRUM................................ 21
EPICORD............................................. 237, 251
EPIDOLEX........................................... 39
EPIDUO.............................................. 15
EPIDUO FORTE.................................... 15
EPIFIX................................................. 237, 251
EPIFIX MICRONIZED......................... 237, 251
EPIFOAM............................................. 243
epinastine hcl....................................... 191
epinephrine................................. 30, 263
EPINEPHRINE HCL-DEXTROSE........... 263
EPINEPHRINE HCL-NACL...................... 263
EPINEPHRINE-DEXTROSE..................... 263
EPINEPHRINE-NACL............................ 263
EPIQQUIN MICRO.............................. 112
epirubicin hcl.................................... 61
EPISIL............................................... 223
Epitol................................................. 39
<table>
<thead>
<tr>
<th>Product Name</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ery-Tab</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>ERYPED 200</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>ERYPED 400</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Ery-Tab</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>ERYTHROCIN LACTOBIONATE</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Erythrocin stearate</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Erythromycin</td>
<td>15, 119, 191</td>
</tr>
<tr>
<td>Erythromycin base</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>Erythromycin ethylsuccinate</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>ESBRIET</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>esclatalopram oxalate</td>
<td>234</td>
</tr>
<tr>
<td>Esgic</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>ESGIC</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>ESKATA</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>esmolol hcl</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>ESFOL MAL HCL</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>esmolol hcl-sodium chloride</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>esomeprazole sodium</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>ESPEROCT</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>ESSENTRA WIPES 9X9&quot;</td>
<td>237</td>
</tr>
<tr>
<td>Estarylla</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>estalomam</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTRACE</td>
<td>121, 260</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol</td>
<td>121, 260</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol valerate</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>estradiol-norethindrone acet</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTRING</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTRIOL-PROGESTERONE MICRO</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTROFACTORS</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTROGEL</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>ESTROSTEP FE</td>
<td>256</td>
</tr>
<tr>
<td>esccopiclone</td>
<td>188</td>
</tr>
<tr>
<td>ethacrynate sodium</td>
<td>168</td>
</tr>
<tr>
<td>ethacrylic acid</td>
<td>168</td>
</tr>
<tr>
<td>ethambutol hcl</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>ETHAMOLIN</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>ethosuximide</td>
<td>246</td>
</tr>
<tr>
<td>ethynodiol diac-eth estradiol</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>ETHYOL</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>etodolac er</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>etomidade</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>etonogestrel-ethyl estradiol</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>ETOPHOSPHOS</td>
<td>172</td>
</tr>
<tr>
<td>etosipide</td>
<td>172</td>
</tr>
<tr>
<td>EUCRISA</td>
<td>290</td>
</tr>
<tr>
<td>EUFLEXA</td>
<td>265</td>
</tr>
<tr>
<td>Euthryax</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>EVAMIST</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>EVEKEO</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>EVEKEO ODT</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>EVENITY</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>everolimus</td>
<td>58, 169</td>
</tr>
<tr>
<td>EVISTA</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>EVOCLIN</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>EVOMELA</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>EVOTAZ</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>EXEL COMFORT POINT INSULIN SYR</td>
<td>181</td>
</tr>
<tr>
<td>EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE</td>
<td>181</td>
</tr>
<tr>
<td>EXELDERM</td>
<td>153</td>
</tr>
<tr>
<td>EXELON</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>exemestane</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>EXFORGE</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>EXFORGE HCT</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>EXJADE</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>ex-lax ultra</td>
<td>244</td>
</tr>
<tr>
<td>EXODERM</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>EXONDYS 51</td>
<td>286</td>
</tr>
<tr>
<td>EXPAREL</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>EXTAVIA</td>
<td>173</td>
</tr>
<tr>
<td>EXTRANEAL</td>
<td>210, 289</td>
</tr>
<tr>
<td>extress</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>extress-super</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>EYLEA</td>
<td>261</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCET MICRO-THIN</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCET SUPER THIN</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCETS</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCETS 21G</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>E-Z JECT LANCETS THIN 26G</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ SMART BLOOD GLUCOSE</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>LANCETS</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>EZALLOR SPRinkle</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td>ezetimibe</td>
<td>159</td>
</tr>
<tr>
<td>ezetimibe-simvastatin</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 21G</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 26G</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 28G</td>
<td>132</td>
</tr>
<tr>
<td>EZ-LETS LANCETS 30G</td>
<td>133</td>
</tr>
<tr>
<td>fa-8</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>fabb</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>FABIOR</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>FABRAZYME</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>FALESSA</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>Falmina</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>famciclovir</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>famotidine premixed</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>FANAPT</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>FANAPT TITRATION PACK</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>FANATREX FUSEPAQ</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>FARESTON</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>FAXIGA</td>
<td>240</td>
</tr>
<tr>
<td>FARYDAK</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>FASENRA</td>
<td>283</td>
</tr>
<tr>
<td>FASENRA PEN</td>
<td>283</td>
</tr>
<tr>
<td>FASLODEX</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>fa-vitamin b-6-vitamin b-12</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>Fayosim</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>FBL KIT</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>FC FEMALE CONDOM</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>FC2 FEMALE CONDOM</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>febuxostat</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>feenamint</td>
<td>244</td>
</tr>
<tr>
<td>FEIBA</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>felbamate</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>FELBATOL</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>FELDENE</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>felodipine er</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>FEMARA</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>FEMCAP</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>FEMHRT LOW DOSE</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>FEMRING</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>Femyon</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>fenofibrate</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>Drug Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>ACETAMINOPHEN</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN</td>
<td>152</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCODONE-HOMATROPINE</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCODONE-IBUPROFEN</td>
<td>152</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE</td>
<td>108, 128, 159</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE (PERIANAL)</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE ace-pramoxine</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE acetate</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE butyr lipo base</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE butyrate</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE valerate</td>
<td>108</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROCORTISONE-acetic acid</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE 4&quot;X4&quot;</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE 6&quot;X6&quot;</td>
<td>172</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE FOAM</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>DRESSING</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE MRF DRESSING</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROFERA BLUE READY FOAM</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL-NACL</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL PF</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL PF</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROMORPHONE HCL NAACL</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROXYCOBALIN acetate</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROXYCHLOROQUINE sulfate</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROXYPROGESTERONE caproate</td>
<td>221, 222</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROXYUREA</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROXYURINE</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROXYURINE hcl</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>HYDROXYURINE pamoate</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>HYGEL</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>HYLAFEM</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>HYLANEX</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>HYMOVIS</td>
<td>265</td>
</tr>
<tr>
<td>HYOSYCAMINE sulfate</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>HYOSYCAMINE sulfate er</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>HYOSYCAMINE sulfate sl</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>HYPERHEP B/S</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>HYPPRAV</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>HYPPRAV S/D</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>HYPPRHO S/D</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>HYPERAL</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>HYPERTET S/D</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>HYPOLANCE AST LANCING</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>HYQVIA</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>HY-VEE LANCETS</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>HY-VEE THIN LANCETS</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>HYZAAR</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>IBANDRONATE sod</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>IBRANCE</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>Ibuprofen</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>Ibuprofen lysine</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>Ibutilide fumarate</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>ICAR-C PLUS</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>ICATIBANT acetate</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>ICLUSIG</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>IDAMYCIN PFS</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>IDAMYCIN HCL</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>IDELVION</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>IDHIFA</td>
<td>284</td>
</tr>
<tr>
<td>IFEX</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>IFOSFAMIDE</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>ILARIS</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>ILEVRO</td>
<td>193</td>
</tr>
<tr>
<td>ILDERM</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>ILUVIEN</td>
<td>195</td>
</tr>
<tr>
<td>IMATINIB SYLVESTRA</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>IMBROVICA</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>IMFINZI</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>IMIPEMEN-CILASTATIN</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>IMIPRANIME hcl</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>IMIPRANIME pamoate</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>IMIQUIMOD</td>
<td>156</td>
</tr>
<tr>
<td>IMIQUIMOD pump</td>
<td>156</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX STATDOSE REFILL</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td>IMITREX STATDOSE SYSTEM</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td>IMLYGIC</td>
<td>287</td>
</tr>
<tr>
<td>IMOGAM RABIES-HT</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>IMOVAX RABIES</td>
<td>264</td>
</tr>
<tr>
<td>IMPAVIDO</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>IMPOYZ</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>IMURAN</td>
<td>225</td>
</tr>
<tr>
<td>IMVEXY MAINTENANCE PACK</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>IMVEXY STARTER PACK</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>IN TOUCH LANCING DEVICE</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>IN TOUCH STERILE LANCETS</td>
<td>30G</td>
</tr>
<tr>
<td>INFATRAL</td>
<td>.135</td>
</tr>
<tr>
<td>INBRIJA</td>
<td>.64</td>
</tr>
<tr>
<td>Incassia</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>INCRELEX</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>INCRUSE ELLIPTA</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>INDAPAMIDE</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>INDERAL LA</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>INDERAL XL</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>INDOMETACIN</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>INDOMETACIN ER</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>INDOMETACIN sod</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>INFANRIX</td>
<td>253</td>
</tr>
<tr>
<td>INFASURF</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>INFED</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>INFUGEM</td>
<td>.54</td>
</tr>
<tr>
<td>INFUMORPH 200</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>INFUMORPH 500</td>
<td>197</td>
</tr>
<tr>
<td>INFUVITE ADULT</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>INFUVITE PEDIATRIC</td>
<td>208</td>
</tr>
<tr>
<td>INGREZZA</td>
<td>173</td>
</tr>
<tr>
<td>INJECTAFER</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>INLYTA</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>inner ear plus</td>
<td>.267</td>
</tr>
<tr>
<td>INNOPRAN XL</td>
<td>.85</td>
</tr>
<tr>
<td>INREBIC</td>
<td>161</td>
</tr>
<tr>
<td>INSPIRA</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>INSTAT</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN LISPRO</td>
<td>151</td>
</tr>
<tr>
<td>INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL)</td>
<td>151</td>
</tr>
<tr>
<td>Product Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>ISTALOL</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>isotretinoin</td>
<td>151</td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide mononitrate er</td>
<td>182</td>
</tr>
<tr>
<td>ISORDIL TITRADOSE</td>
<td>182</td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide dinitrate</td>
<td>182</td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide mononitrate</td>
<td>182</td>
</tr>
<tr>
<td>isosorbide mononitrate er</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>isoretinoin</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>isradipline</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>ISTALOL</td>
<td>86</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**KANGAROO BALLOON**

- 12FR/2,5CM: 202
- 12FR/2,7CM: 203
- 12FR/2CM: 203
- 12FR/3,5CM: 203
- 12FR/3CM: 203
- 12FR/4,5CM: 203
- 12FR/4CM: 203
- 12FR/5CM: 203
- 14FR/0,8CM: 203
- 14FR/1,2CM: 203
- 14FR/1,5CM: 203
- 14FR/1,7CM: 203
- 14FR/1CM: 203
- 14FR/2,3CM: 203
- 14FR/2,5CM: 203
- 14FR/2,7CM: 203
- 14FR/3CM: 203
- 14FR/4CM: 203
- 14FR/5CM: 203
- 16FR/0,8CM: 203
- 16FR/1,2CM: 203
- 16FR/1,5CM: 203
- 16FR/1,7CM: 203
- 16FR/1CM: 203
- 16FR/2,3CM: 203
- 16FR/2,5CM: 203
- 16FR/2,7CM: 203
- 16FR/2CM: 203
<table>
<thead>
<tr>
<th>Drug Name</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>K договоренности-накл</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>K договоренности-LACTATED RINGERS-D5W</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>K договоренности-LIDOCaine-NACl</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>edhubrmin</td>
<td>212</td>
</tr>
<tr>
<td>KEDRAF</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>KEFLEX</td>
<td>97</td>
</tr>
<tr>
<td>Kelnor 1/35</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>Kelnor 1/50</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>KENALOG</td>
<td>109, 128</td>
</tr>
<tr>
<td>KENALOG-80</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE 12&quot; ROPE</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE DRESS 2&quot;X2&quot;</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE DRESS 4&quot;X4&quot;</td>
<td>269</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL ALGINATE DRESS 4&quot;X8&quot;</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL AMORPHOUS WOUND</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL GAUZE 2&quot;X2&quot;</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL GAUZE 4&quot;X4&quot;</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL GAUZE 4&quot;X8&quot;</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KENGREAL</td>
<td>110, 279</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPIVANCE</td>
<td>99</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>KEPPRA XR</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>KERAGEL</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KERAGEL-T</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>KERYDIN</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>KETALAR</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>ketamine hcl</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>KETAMINE HCL</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>KETAMINE HCL-SODIUM CHLORIDE</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>ketoconazole</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>ketoprofen</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>ketoprofen er</td>
<td>190</td>
</tr>
<tr>
<td>ketorolac tromethamine</td>
<td>190, 193</td>
</tr>
<tr>
<td>KEVEYS</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>KEYTRUDA</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>KHPZORONG</td>
<td>124</td>
</tr>
<tr>
<td>KINERET</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>KINNEY LANCETS</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>KINNEY THIN LANCETS</td>
<td>135</td>
</tr>
<tr>
<td>KINRAY INSULIN SYRINGE</td>
<td>182</td>
</tr>
<tr>
<td>KINRIX</td>
<td>253</td>
</tr>
<tr>
<td>Kionex</td>
<td>213, 292</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (200 MG DOSE)</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (400 MG DOSE)</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI (600 MG DOSE)</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>KITABIS PAK</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>KLARON</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Item</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>Methergine</td>
<td>206</td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine mandelate</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine hippurate</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Methadose</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>METHADOSE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metformin hcl er</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Metadate Er</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>MESNEX</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine-cleanser</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine er</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine chloride</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MENENT</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>MENTAX</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>MENVEO</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>meperidine hcl</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MEPHYTON</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>MEPROM</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>MESPSEII</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>mercaptopurine</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>meropenem</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>MEROPENEM-SODIUM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>CHLORIDE</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>MERREM</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine er</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>mesalamine-cleanser</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>mesna</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>MESNEX</td>
<td>260</td>
</tr>
<tr>
<td>MESQUITE</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>MESTINON</td>
<td>54, 55</td>
</tr>
<tr>
<td>Metadate Er</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>metaproterenol sulfate</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>METAXALL CP</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>metaxalone</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>metformin hcl</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>metformin hcl er</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>metformin hcl er (osm)</td>
<td>86</td>
</tr>
<tr>
<td>METHADONE HCL</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>methadone hcl</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Methadone Hcl Intensol</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>METHADOSE</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>Methadose</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>METHADOSE SUGAR-FREE</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>methamphetamine hcl</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>methanol</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methanolium</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methamphetamine hcl er</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methamphetamine hcl</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>methazolamide</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine hippurate</td>
<td>257</td>
</tr>
<tr>
<td>methenamine mandelate</td>
<td>257</td>
</tr>
<tr>
<td>Methergine</td>
<td>206</td>
</tr>
<tr>
<td>methimazole</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>METHITEST</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>methocarbamol</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>METHOHEXITAL SODIUM</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>methotrexate sodium (pf)</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>methoxaslen rapid</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>methscopolamine bromide</td>
<td>225</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYL SALICYLATE</td>
<td>165</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLCOBALAM</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>methylidopa</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>methylidopa-hydrochlorothiazide</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>methylene blue</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>methylergonovine maleate</td>
<td>206</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLIN</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPHENIDATE HCL ER</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (cd)</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (la)</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>methylphenidate hcl er (sx)</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPHENIDATE HCL ACELIDO</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>methylprednisolone acetate</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPHENIDATE SODIUM</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLPHENISODIOL ACETATE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>acetic acid</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metoclopramide hcl</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>METOCLOPRAMIDE HCL</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metolazone</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol Succinate er</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol tartrate</td>
<td>84</td>
</tr>
<tr>
<td>metoprolol-hydrochlorothiazide</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>METROCREAM</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>METROGEL</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>METROLUTION</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METRONIDAZOLE</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole 51, 226, 227, 260</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METRONIDAZOLE BENZO+SYPSEND</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>metronidazole in nacl</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>METHRONIDAZOLE IN NACL</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>mexiteline hcl</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>MI PASTE</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>MI PASTE PLUS</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>MIALACIN</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>Mibelas 24 Fe</td>
<td>103</td>
</tr>
<tr>
<td>micaflavin sodium</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>MICARDIS</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>MICARDIS HCT</td>
<td>32, 33</td>
</tr>
<tr>
<td>miconazole 3</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>miconazole-zinc oxide-petrolat</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>MICROHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS</td>
<td>155</td>
</tr>
<tr>
<td>MICROCYN</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>MICROCYN SKIN AND WOUND</td>
<td>268</td>
</tr>
<tr>
<td>MICRODOT PEN NEEDLE</td>
<td>183</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin 1.5/30</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin 1/20</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin Fe 1.5/30</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin Fe 1/20</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Microgestin (Fe 1/20)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>MIGRAINE PACK</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>MIGRANAL</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>Mili</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>milk of magnesia</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>milk of magnesia concentrate</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>millguard</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>MILLIPRED</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>MILLIPRED DP 12-DAY</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate</td>
<td>211</td>
</tr>
<tr>
<td>milrinone lactate in dextrose</td>
<td>211</td>
</tr>
<tr>
<td>Minvey</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>MINASTRIN 24 FE</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>mineral oil heavy</td>
<td>169</td>
</tr>
<tr>
<td>MINI LANCING DEVICE</td>
<td>136</td>
</tr>
<tr>
<td>MINIPRESS</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>miniprin low dose</td>
<td>229</td>
</tr>
<tr>
<td>Minirant</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>MINIVELLE</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>MINOCIN</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>minocycline hcl er</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>minoxidil</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>MIOCHOL-E</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>MOSTAT</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRAPEX</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRAPEX ER</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRCERA</td>
<td>120</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRCTETE</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRENA (52 MG)</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRODERM BILOGIC MATRIX</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>FEINES</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRODERM BILOGIC WOUND MATRIX</td>
<td>270</td>
</tr>
<tr>
<td>mirtazapine</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>MIRVASO</td>
<td>227</td>
</tr>
<tr>
<td>misoprostol</td>
<td>257</td>
</tr>
<tr>
<td>MITE (D. FARINAE)</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>MITE (D. PTERONYSSINUS)</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>MITIGARE</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>Mitigo</td>
<td>198</td>
</tr>
<tr>
<td>mitomycin</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>mitoxantrone hcl</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED ASPERGILLUS</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED FEATHERS</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>MIXED RAGWEED</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Medicine Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>NECON 0.5/35 (28)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>NEEVO DHA</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>nefazodone hcl</td>
<td>172, 294</td>
</tr>
<tr>
<td>NEMBUTAL</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOKE ALCAR</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOKE MCT70</td>
<td>165</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOMULTIVITE</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin sulfate</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-bacitracin zl-polymyx</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyx b gu</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyx-dexameth</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyx-gramicidin</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>neomycin-polymyx-hc</td>
<td>194, 205</td>
</tr>
<tr>
<td>NEONATAL COMPLETE</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>NEONATAL PLUS</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>NEONATAL VITAMIN</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne-O-Polycin</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>Ne-O-Polycin Hc</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOPROFEN</td>
<td>191</td>
</tr>
<tr>
<td>NEORAL</td>
<td>111</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOSALUS</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOSTIGMINE</td>
<td>54, 55</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLSULFATE</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>METHYLSULFATE</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOUSS PLUS</td>
<td>237, 251</td>
</tr>
<tr>
<td>NEOX 100</td>
<td>237, 251</td>
</tr>
<tr>
<td>NEPHLEX RX</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>NEPHRAMINE</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>nphro vitamins</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>NEPHRON FA</td>
<td>160</td>
</tr>
<tr>
<td>NERLYNX</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>NESACaine</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>NESACaine-MPF</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>NESTABS</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>NESTABS DHA</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>NESTABS ONE</td>
<td>219</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuc</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>NEULASTA</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>NEULASTA ONPRO</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>NEUPOGEN</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>NEURO</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>NEURALGO-RHEUM</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>NEURIN-SL</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>NEURONTIN</td>
<td>40, 41</td>
</tr>
<tr>
<td>neutral sodium fluoride</td>
<td>123</td>
</tr>
<tr>
<td>NEUTRASAL</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>NEVANAC</td>
<td>193</td>
</tr>
<tr>
<td>nevaripine</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>nevaripine er</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>new day</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>NEXVAR</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>NEXAVIR</td>
<td>74, 171</td>
</tr>
<tr>
<td>NEXIUM LI.V</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>NEXLETOL</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td>NEXLIZET</td>
<td>271</td>
</tr>
<tr>
<td>NEXPLANON</td>
<td>220</td>
</tr>
<tr>
<td>NEXTERONE</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>niacin (antihyperlipidemic)</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>niacin er (antihyperlipidemic)</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>niacinor</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>NIASPAN</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>nicardipine hcl</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>NICARDIPINE HCL IN NACL</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>NICAZEL</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>NICAZEL FORTE</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>NICODERM CQ</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nicorelief</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>NICORETTE</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>NICORETTE MINI</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>NICORETTE STARTER KIT</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTINE</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine mini</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nicotinic polacrilex</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine step 1</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine step 2</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nicotine step 3</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTROL</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>NICOTROL NS</td>
<td>239</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>nifedipine er osmotic release</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>nikki</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>NILANDRON</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>nitratamide</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>NIMBEX</td>
<td>188</td>
</tr>
<tr>
<td>nimodipine</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>NINJACOF-XG</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>NINLARO</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>NIPENT</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>NIPRID RTU</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>nisoldipine er</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>NITHODOTE</td>
<td>43, 273</td>
</tr>
<tr>
<td>nitisimone</td>
<td>148</td>
</tr>
<tr>
<td>NITRO-BID</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>NITRO-DUR</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin</td>
<td>258</td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin macrocrystal</td>
<td>258</td>
</tr>
<tr>
<td>nitrofurantoin monohyd macro</td>
<td>258</td>
</tr>
<tr>
<td>NITROGLYCERIN</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>nitroglycerin in d5w</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>NITROLINGUAL</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>NITROMIST</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>NITROPRESS</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>nitroprusside sodium</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>NITROSTAT</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>nitro-time</td>
<td>187</td>
</tr>
<tr>
<td>NITYR</td>
<td>148</td>
</tr>
<tr>
<td>NIVA-PLUS</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>NIVESTYM</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>nizatidine</td>
<td>145</td>
</tr>
<tr>
<td>NOCDURNA</td>
<td>262</td>
</tr>
<tr>
<td>Nolix</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>Nora-Be</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>NORCO</td>
<td>153</td>
</tr>
<tr>
<td>norepinephrine bitartrate</td>
<td>263</td>
</tr>
<tr>
<td>NOREPINEPHRINE-DEXTROSE</td>
<td>263</td>
</tr>
<tr>
<td>NOREPINEPHRINE-SODIUM</td>
<td>263</td>
</tr>
<tr>
<td>CHLORIDE</td>
<td>263</td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol</td>
<td>121</td>
</tr>
<tr>
<td>norethindrone-eth estradiol-fe</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>norgestimate-eth estradiol triphasic</td>
<td>256</td>
</tr>
<tr>
<td>NORITATE</td>
<td>227</td>
</tr>
<tr>
<td>Norlyda</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>Norlyroc</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>normal saline flush</td>
<td>240</td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-M IN DSW</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-R</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-R IN DSW</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>NORMOSOL-R PH 7.4</td>
<td>117</td>
</tr>
<tr>
<td>NORPACE</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>NORPACE CR</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>NORPAMIN</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>NORTHERA</td>
<td>287</td>
</tr>
<tr>
<td>Nortrel 0.5/35 (28)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Nortrel 1/35 (21)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Nortrel 1/35 (28)</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Nortrel 7/7/7</td>
<td>256</td>
</tr>
<tr>
<td>nortripyrline hcl</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>NORVASC</td>
<td>92</td>
</tr>
<tr>
<td>NORVIR</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>norwich aspirin</td>
<td>229</td>
</tr>
<tr>
<td>NOURIANZ</td>
<td>272</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SAFETY LANCETS 23G</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SAFETY LANCETS 28G</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SUREFLEX LANCETS</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVA SUREFLEX LANCING</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>DEVICE</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVAREL</td>
<td>206</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOEIGHT</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE</td>
<td>183</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE AUTOCOVER</td>
<td>183</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOFINE PLUS</td>
<td>183</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOSEVEN RT</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>NOVOTWIST</td>
<td>183</td>
</tr>
<tr>
<td>NOXAFIL</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>NP #2 DRUG PREPARATION KIT</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>np thyroid</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>NPLATE</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>NUBEQA</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCALA</td>
<td>283</td>
</tr>
<tr>
<td>NUCYNTA</td>
<td>199</td>
</tr>
<tr>
<td>NUEDEXTA</td>
<td>224</td>
</tr>
<tr>
<td>Nufoald</td>
<td>125</td>
</tr>
<tr>
<td>NULJIX</td>
<td>235</td>
</tr>
<tr>
<td>NULYTELY LEMON-LIME</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>NULYTELY WITH FLAVOR PACKS</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>NUMBRINO</td>
<td>286</td>
</tr>
<tr>
<td>NULPLAZID</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>NURTEC</td>
<td>277</td>
</tr>
<tr>
<td>NUSHIELD</td>
<td>237, 251</td>
</tr>
<tr>
<td>NUSURGEPAK SURGICAL</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>PREP/CARE</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRICAP</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>Nutrifac Zx</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRILIPID</td>
<td>165</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>20FR/2.5CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>20FR/2.7CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>Tablet/Injection/Balloon Size</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/3.5CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/4.5CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/4CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 20FR/5CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/0.8CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.2CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.5CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1.7CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/1CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.3CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.5CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2.7CM</td>
<td>204</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/2CM</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/3.5CM</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/3CM</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/4CM</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/4.5CM</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>NUTRIPORT BALLOON 24FR/4CM</td>
<td>205</td>
</tr>
<tr>
<td>OXALITRIS ONE ................</td>
<td>219</td>
</tr>
<tr>
<td>O-CAL PRENATAL ...............</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>OCLALIVA ........................</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>Ocella ...........................</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAGAM ..........................</td>
<td>156</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP A .......</td>
<td>212</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP AB .......</td>
<td>212</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP B .......</td>
<td>212</td>
</tr>
<tr>
<td>OCTAPLAS BLOOD GROUP O .......</td>
<td>212</td>
</tr>
<tr>
<td>octreotide acetate ............</td>
<td>241</td>
</tr>
<tr>
<td>Ocucoat Viscoadhesive .........</td>
<td>196</td>
</tr>
<tr>
<td>OCUFLOX ..........................</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>OCUVEL ............................</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>ODACTRA ...........................</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>OFIRMEV ...........................</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>Oflaxacin ........................</td>
<td>124, 192, 205</td>
</tr>
<tr>
<td>OGIYRI ..............................</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine .......................</td>
<td>249</td>
</tr>
<tr>
<td>olanzapine-fluoxetine hcl ......</td>
<td>249</td>
</tr>
<tr>
<td>OLIVE TREE ..........................</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil ...........</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan medoxomil-hctz .....</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td>olmesartan-amlodipine-hctz .....</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>olopatadine hcl ..................</td>
<td>178, 191</td>
</tr>
<tr>
<td>OLUMIANT .............................</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>OLUX .................................</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>OMECLAMOX-PAK ....................</td>
<td>257</td>
</tr>
<tr>
<td>OMEGA-3 RX COMPLETE ............</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td>OMEGA-3/D-3 WELLNESS PACK 273</td>
<td>omega-3-acid ethyl esters</td>
</tr>
<tr>
<td>OMEGAVEN ...........................</td>
<td>165</td>
</tr>
<tr>
<td>omeprazole ........................</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>OMIDRIA .............................</td>
<td>195</td>
</tr>
<tr>
<td>OMNARIS ..............................</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>OMNICAP .............................</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>OMNIFLEX DIAPHRAGM ..............</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>ON CALL LANCETS ..................</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ON CALL LANCING DEVICE ........</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ON CALL PLUS LANCETS ..........</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ON CAL ...............................</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>ONSAR ...............................</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>one daily .........................</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>one daily/iron ....................</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron ......................</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>ondansetron hcl ..................</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>one daily ............................</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>one daily essential .............</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>one daily multivitamin adult ....</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>one daily multivitamin/iron .....</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>ONE VITE WOMENS ..................</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>ONE VITE WOMENS PLUS ...........</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>ONE-A-DAY WOMENS ................</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>PRENATAL ............................</td>
<td>216</td>
</tr>
<tr>
<td>one-daily multi vitamins ......</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>one-daily multi-vitamin .........</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>one-daily/iron ....................</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA LANCETS 30G ....</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA LANCETS 33G ....</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA LANCING DEV ...</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH FINEPOINT LANCETS ....</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH SURESOFT LANCING DEV ..</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH ULTRA ....................</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>ONETOUCH ULTRASOFT LANCETS ....</td>
<td>137</td>
</tr>
<tr>
<td>ONEWATCH VERIO ....................</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>ONEVITE ..............................</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>ONEXTON .............................</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>ONFI ..................................</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>ONIVYDE ..............................</td>
<td>253</td>
</tr>
<tr>
<td>ONPATTRO ............................</td>
<td>294</td>
</tr>
<tr>
<td>ONTRUZANT ...........................</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>ONZETRA XSAIL ......................</td>
<td>234</td>
</tr>
<tr>
<td>OPANA ..................................</td>
<td>199</td>
</tr>
<tr>
<td>opicon one-step ...................</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>OPDIVO ...............................</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>OPSUMIT .............................</td>
<td>224</td>
</tr>
<tr>
<td>OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE</td>
<td>241</td>
</tr>
<tr>
<td>ORABLOC .............................</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td>ORACEA ...............................</td>
<td>227</td>
</tr>
<tr>
<td>ORAFATE ..............................</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>ORALAIR ..............................</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>Oralone ................................</td>
<td>243, 295</td>
</tr>
<tr>
<td>ORAMAGICRX .........................</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>ORAPRED ODT .........................</td>
<td>128</td>
</tr>
<tr>
<td>ORAVIG ...............................</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>ORBACTIV .............................</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td>ORCHARD GRASS POLLEN ...........</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>ORENITRAM ...........................</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>ORFADIN ..............................</td>
<td>148</td>
</tr>
<tr>
<td>ORIAHNN ................................</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>ORILISSA .............................</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>ORKAMBI ..............................</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>ORMeca ................................</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>orangeadine citrate ............</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>orangeadine citrate er ..........</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>ORPHENADINE-ASA-CAFFEINE ..........</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>Orphengesic Forte ................</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>Orsythia .........................</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>ORTHO MICRONOR ....................</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>ORTHO TRI-CYCLEN LO .............</td>
<td>256</td>
</tr>
<tr>
<td>ORTHOVISC ...........................</td>
<td>265</td>
</tr>
<tr>
<td>oseltamivir phosphate ..........</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>OSENI ..................................</td>
<td>116</td>
</tr>
<tr>
<td>osmitrol ............................</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>OSMOLEX ER ..........................</td>
<td>64</td>
</tr>
</tbody>
</table>
PX SHORTLENGTH PEN NEEDLES .......................... 217
PX MINI PEN NEEDLES .................................. 184
PX PEN NEEDLE .......................................... 184
PX PREGNATAL MULTIVITAMINS .......................... 217
px stop smoking aid ........................................ 239
PYLERA .................................................. 257
pyrazinamide ............................................... 55
pyridostigmine bromide .................................. 54, 55
pyridostigmine bromide er .............................. 54, 55
pyridoxine hcl ............................................. 266
pyrimethamine ............................................. 53
PYROGALLOIC ACID ....................................... 161
QURELIS .................................................. 14
QUREXZA .................................................. 171
QC ADVANCED LANCING DEVICE ......................... 138
qc aspirin .................................................. 229
qc aspirin low dose ....................................... 229
qc b50 prolonged release ................................ 80
qc b-complex/vitamin c ................................... 77
qc childrens aspirin ....................................... 229
cq daily multivitamins/iron ....................... 175
qc enteric aspirin .......................................... 229
qc essentials ............................................... 177
qc folic acid ................................................ 125
qc gentle laxative .......................................... 244
QC LANCETS SUPER THIN 30G .......................... 138
QC LANCETS ULTRA THIN ................................. 138
qc magnesium citrate ...................................... 231
qc milk of magnesia ....................................... 231
qc natura-lax .............................................. 162
QC PEN NEEDLES .......................................... 184
QC PREGNATAL ........................................... 217
QC UNIFINE PENTIPS ..................................... 184
QC UNILET LANCETS 28G .................................. 138
QC UNILET LANCETS MICRO THIN ....................... 138
QINLOCK .................................................. 60
QSYMIA .................................................... 34
QUAD-MIX .................................................. 282
QUADRACEL ............................................... 253
QUADRAMET ............................................... 63
QUALAQUIN ............................................... 53
QUARTETTE ............................................... 122
quazepam ..................................................... 81
QUDEXY XR .................................................. 41
QUEEN PALM ................................................ 23
QUELICIN ................................................... 112
QUESTRAN .................................................. 87
QUESTRAN LIGHT ........................................... 87
quetiapine fumarate ..................................... 114
quetiapine fumarate er ................................. 114
QUFLORA FE .............................................. 286
QUFLORA FE PEDIATRIC ................................ 207
QUFLORA GUMMIES ....................................... 207
QUFLORA PEDIATRIC ..................................... 207
QUILICHEW ER ............................................. 246
QUILLIVANT XR ............................................. 246
quin b strong b-25 ..................................... 80
quinapril hcl ............................................... 14
quinapril-hydrochlorothiazide ....................... 14
quinidine gluconate er ................................. 36
quinidine sulfate ......................................... 36
quinine sulfate ........................................... 53
QUNTABS .................................................. 177
QUIZZITIR ................................................. 50
QVAR REDIHALER ......................................... 243
ra aspirin ................................................... 230
ra aspirin adult low dose .............................. 229
ra aspirin adult low strength ....................... 229
ra aspirin childrens ..................................... 229
ra aspirin ec ............................................... 230
ra aspirin ec adult low st ............................. 229
ra balanced b-100 ........................................ 80
ra balanced b-100 cr .................................... 80
ra balanced b-50 .......................................... 80
ra balanced b-50 tr ...................................... 80
ra b-complex .............................................. 76
ra b-complex with b-12 ................................. 76
ra childrens aspirin ...................................... 230
RA E-ZJECT COLOR LANCETS 33G ......................... 138
RA E-ZJECT LANCETS 28G ................................ 138
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G ......................... 138
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G ......................... 138
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN .................... 138
ra folic acid ............................................... 125
RA INSULIN SYRINGE ....................................... 184
RA LANCING DEVICE ....................................... 138
ra laxative ................................................ 162, 244
ra magnesium citrate .................................... 231
ra milk of magnesia ...................................... 231
ra mini nicotine .......................................... 239
ra nicotin ................................................... 239
ra nicotin gum ............................................. 239
ra nicotin polacrilex ..................................... 239
RA ONE DAILY ............................................. 218
ra one daily essential ................................... 177
ra one daily multi-vit plus fe ......................... 175
ra one daily multi-vitamin ............................ 177
ra pain relief aspirin .................................... 230
RA PEN NEEDLES .......................................... 184
RA PREGNATAL ........................................... 218
RA PREGNATAL FORMULA ............................... 218
ra tri-buffered aspirin .................................. 227
ra womens laxative ...................................... 244
RABAVERT .................................................. 264
RABBIT EPITHELIUM ...................................... 23
RADIGEL .................................................... 270
RADIOGARDASE ............................................. 44, 45
RAGWITEK .................................................. 23
raloxifene hcl ............................................. 233
ramelteon ................................................... 233
ramipril ..................................................... 14
RANEXA ..................................................... 36
ranolazine er .............................................. 36
RAPAPLO ..................................................... 25
RAPAMUNE ................................................... 169
RAPID GEL RX ............................................. 150
RAPIVAB ..................................................... 186
rasagiline mesylate ...................................... 64
RASUVO ...................................................... 71
RAVICTI .................................................... 257
RAYALDIE ................................................... 153
RAZADYNE ............................................... 100
RAZADYNE ER ............................................. 99
react ......................................................... 118
READYLANE SAFETY ....................................... 138
LANCETS .................................................... 138
READYSHARP ANESTH + BETAMETH ................. 243
READYSHARP ANESTH + DEXAMETH .......... 243
READYSHARP ANESTH + METHYLPRD .......... 243
READYSHARP-A ............................................ 166
REALITY INSULIN SYRINGE ............................... 184
REALITY LANCETS .......................................... 138
REALITY TRIGGER LANCETS ......................... 138
REBIF ........................................................ 174
REBIF REBIDOSE ........................................... 174
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK ................. 174
REBIF TITRATION PACK .................................. 174
REBINYN .................................................... 49
REBLOZYL ................................................... 279
RECARBRO ................................................... 94
RECK ........................................................ 166
RECLAST ..................................................... 88
Reclipsen ..................................................... 104
RECOMBINE ............................................... 49
RECOMBIVAX HB .......................................... 264
RECOATHROM ............................................. 147
RECOATHROM SPRAY KIT ................................ 147
RECTIV ....................................................... 186
RECURA ....................................................... 46
RED BIRCH .................................................... 23
RED CEDAR ................................................... 23
RED MAPLE ................................................... 23
RED MULBERRY ............................................. 23
RED TOP GRASS POLLEN ................................ 23
refissa ....................................................... 19
REGLAN ....................................................... 126
REGONOL ................................................... 54, 55
REGRANEX ................................................... 267
RELENZA DISKHALER ..................................... 186
RELEXII ....................................................... 246
RELION INSULIN SYRINGE ............................... 184
RELI-ON INSULIN SYRINGE ............................. 184
RELION LANCET DEVICES 30G ......................... 138
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G .................... 138
RELION LANCETS STANDARD 21G ..................... 139
RELION LANCETS THIN 26G ............................. 139
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G .................... 139
RELION PEN NEEDLES ..................................... 184
RELION PEN NEEDLES ..................................... 184
RELION PEN NEEDLES ..................................... 184
RELION PEN NEEDLES ..................................... 184
SAPSCARE TWIST TOP .................................................... 139
LANCE TS ................................................................. 139
SARAFEM ................................................................. 215
SARCLISA ................................................................. 57
SAYASA ................................................................. 115
SEVALLA ................................................................. 123
SEVALLA TITRATION PACK .................................................. 123
SAXENDA ................................................................. 275
sb aspirin ................................................................. 230
sb aspirin adult low strength ........................................... 230
sb aspirin ec ................................................................. 230
sb bisacodyl laxative ec ................................................... 244
sb childrens aspirin ........................................................ 230
sb gentle lax-women ....................................................... 244
SB INSULIN SYRINGE ..................................................... 184
SB LANCETS THIN .......................................................... 139
SB LANCETS ULTRA THIN ............................................... 139
sb low dose asa ec .......................................................... 230
sb magnesium citrate ..................................................... 231
sb milk of magnesia ........................................................ 231
sb polyethylene glycol 3350 ............................................. 162
SCENSESE .................................................................. 284
SCLEROSOL INTRAPEURAL .............................................. 213
scopolamine ................................................................. 45
SEASONIQUE ................................................................. 122
SECONAL ................................................................. 76
SECUADO ................................................................. 114
SECURESAFE INSULIN SYRINGE ......................................... 184
SEE BREI NEOHALER ...................................................... 89
SELECT-LITE DEVICE/LANCETS ......................................... 139
SELECT-LITE LANCING DEVICE ......................................... 139
SELECT-OB ................................................................. 218
SELECT-OB+DHA ........................................................ 220
selegiline hcl ................................................................. 64
SELENIUS ACID .............................................................. 254
selenium ................................................................. 71
selenium sulfide ............................................................. 71
SELZENTRY ................................................................. 68
SEMPREX-D ................................................................. 112
SE-NATAL 19 ............................................................... 218
SENSIPAR ................................................................. 90
Sensorcaine ..................................................................... 167
Sensorcaine/Epinephrine .................................................. 166
Sensorcaine-Mp ............................................................. 167
Sensorcaine-Mp/Epinephrine ............................................. 166
SENSORCAINE-MP/EPEINEPHRINE ..................................... 166
SEREVENT DISKUS .......................................................... 83
SEROQUEL ................................................................. 114
SERQUEL XR ................................................................. 114
SEROSTIM ................................................................. 145
sertraline hcl ................................................................. 235
ten plus ................................................................. 160
Setlakin ............................................................................. 122
sevelamer carbonate ........................................................ 211
sevelamer hcl ................................................................. 211
sevoflurane ................................................................. 267
sf ................................................................. 123
SF ROWASA ................................................................. 157
SHAGBARK HICKORY ...................................................... 23
Sharobel ........................................................................... 221
SHEEP SORREL ............................................................... 23
SHINGRIX ................................................................. 265
SHOPKO AUTOLET LANCING DEVICE ................................ 139
SHOPKO ON-THE-GO LANCETS 30G ................................ 139
SHOPKO UNIFINE PENTIPS ........................................... 184
SHOPKO UNIFINE PENTIPS PLUS .................................... 184
SHOPKO UNILET LANCETS 28G ....................................... 139
SHOPKO UNILET LANCETS 30G ....................................... 139
SHORT RAGWEED POLLEN EXT ........................................... 139
SHUR-SEAL CONTRACEPTIVE ......................................... 241
SIDE BUTTON SAFETY LANCET .................................... 139
SIDEROL ................................................................. 176
SIGNIFOR ................................................................. 241
SIGNIFOR LAR ............................................................... 241
sigtab .............................................................................. 177
sildenafil citrate ............................................................. 224, 232
SILICUR ................................................................. 111
SIMPAR ................................................................. 72, 73
SIMPARA ................................................................. 72, 73
SIMULECT ................................................................. 173
simvastatin ................................................................. 150
SINEMET ................................................................. 163
SINGLE-LET ................................................................. 140
SINGULAR ................................................................. 163
sirolimus ................................................................. 169
SIRTURO ................................................................. 55
SIVEPTRO ................................................................. 206
SKEAXIN ................................................................. 96
SKLICE ................................................................. 232
SKYLA ................................................................. 221
SKYRIZI (150 MG DOSE) .................................................. 65
SLYND ................................................................. 221
sm aspirin ................................................................. 230
sm aspirin adult low strength ........................................... 230
sm aspirin ec ................................................................. 230
sm aspirin ec high strength ............................................ 230
sm aspirin low dose ....................................................... 230
sm aspirin tri-buffered .................................................... 227
sm b super vitamin complex ........................................... 77
sm b100 complex .......................................................... 80
sm balanced b-100 ........................................................ 78
sm balanced b-50 .......................................................... 78
sm b-complex ............................................................... 80
SM B-COMPLEX/VITAMIN C ............................................ 77
sm childrens aspirin ........................................................ 230
sm clearlax ................................................................. 163
sm folic acid ................................................................. 125
sm gentle laxative ........................................................ 244
SM LANCETS 33G .............................................................. 140
sm magnesium citrate .................................................... 231
sm milk of magnesia ....................................................... 231
sm multiple vitamins essential ........................................ 177
sm multiple vitamins/iron .............................................. 175
sm nicotine ................................................................. 240
sm nicotine polacrilex ..................................................... 240
SM ONE DAILY PRENATAL ................................................ 218
SM PRENATAL VITAMINS ............................................... 218
sm super b complex/c ..................................................... 78
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE .......................................... 140
sm vitamin b complex/vitamin c ...................................... 78
SMART DIABETES VANTAGE LANCING ................................ 140
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G ................................... 140
SMART SENSE STANDARD LANCETS ..................................... 140
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS .................................. 140
SMART SENSE THIN LANCETS 26G ........................................ 140
SMARTTEST LANCETS 28G ............................................... 140
SMOFLIPID ................................................................. 165
smooth lax ................................................................. 163
sod benz-sod phenylacet ................................................ 257
sod citrate-citric acid ..................................................... 100
SODIUM ACETATE ............................................................. 86
sodium acetate ............................................................. 86
SODIUM BICARBONATE ...................................................... 34
sodium bicarbonate ....................................................... 86
SODIUM BICARBONATE-DEXTROSE .................................. 86
sodium chloride ............................................................. 127, 171, 240
sodium chloride (pf) ....................................................... 240
sodium chloride flush .................................................... 240
SODIUM CITRATE LOCK FLUSH ........................................... 273
SODIUM DIURIL ............................................................. 248
SODIUM EDECRIN ............................................................ 168
sodium fluoride ........................................................... 124
sodium hyaluronate ....................................................... 119
SODIUM HYALURONATE ..................................................... 265
SODIUM NITRITE .............................................................. 44
sodium phenylbutyrate ................................................... 257
sodium phosphates ....................................................... 211
sodium polistylene sulfonate .......................................... 214, 292
sodium sulfacetamide .................................................... 71
SODIUM SULFACETAMIDE ............................................... 71
sodium tetradecyl sulfate ............................................... 232
SOFOBUVIR-VELPATASVIR ............................................. 281
SOLESTA ................................................................. 122
solifenacin succinate ...................................................... 258, 259
SOLIQUA ................................................................. 282
SOLIRIS ................................................................. 105
SOLOSEC ................................................................. 26
SOLTAMOX ................................................................. 45
SOLU-CORTEP ............................................................... 128
SOLU-MEDROL ............................................................. 129
SOLUS V2 LANCETS 28G .................................................. 140
SOLUS V2 LANCING DEVICE ............................................... 140

325
<table>
<thead>
<tr>
<th>Drug</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>STIVARGA</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>stimulant laxative</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>STIOLTO RESPIMAT</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>STIVARGA</td>
<td>213</td>
</tr>
<tr>
<td>STORIDOL-MANNITOL</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>STORITOL</td>
<td>127</td>
</tr>
<tr>
<td>STORITOL</td>
<td>271</td>
</tr>
<tr>
<td>STREPTOMYCIN SULFATE</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>stress b complex/iron</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>stress formula</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>stress formula/iron</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>stressstabs energy</td>
<td>177</td>
</tr>
<tr>
<td>STRIBILD</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>STRIVERDI RESPIMAT</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>STROMECTOL</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>STRONTIUM CHLORIDE SR-89</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>STROVITE FORTE</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>STROVITE ONE</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBLOCAD</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>SUBOXONE</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite Starter Kit-Blue</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite Starter Kit-Green</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Subvenite Starter Kit-Orange</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>succinylcholine chloride</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>SUCINYLCHOLINE CHLORIDE</td>
<td>112</td>
</tr>
<tr>
<td>SUCRAB</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>sucrafate</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>SUFFENTANIL CITRATE</td>
<td>199</td>
</tr>
<tr>
<td>SULAR</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>sulconazole nitrate</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium</td>
<td>71, 195</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium (acne)</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide sodium-sulfur</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>SULFACETAMIDE SODIUM-SULFUR</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide-sodium-sulfur</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfacetamide-prednisolone</td>
<td>194</td>
</tr>
<tr>
<td>SULFACETAMIDE-SULFUR IN UREA</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>SULFADIAZINE</td>
<td>247</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamethoxazole-trimethoprim</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfamez wash</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>SULFAMYLON</td>
<td>90</td>
</tr>
<tr>
<td>sulfasalazine</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>Sulfatrin Pediatric</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>SULFURATED LIME</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>sulindac</td>
<td>191</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan</td>
<td>234</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate</td>
<td>234</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan succinate refill</td>
<td>234</td>
</tr>
<tr>
<td>sumatriptan-naproxen sodium</td>
<td>233</td>
</tr>
<tr>
<td>SUNOSI</td>
<td>279</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPARTZ FX</td>
<td>265</td>
</tr>
<tr>
<td>super b complex maxi</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>super b complex/vitamin c</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>super b complex/vitamin c</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>super b-100</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>super b-50</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>super b-complex</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>super b-complex/vit c/fva</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER BI-MIX</td>
<td>282</td>
</tr>
<tr>
<td>super dec b-100</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER QUAD-MIX</td>
<td>282</td>
</tr>
<tr>
<td>super quints b-50</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>super stress b-complex cr</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER THIN LANCETS</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPER TRI-MIX</td>
<td>282</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPERCIDE</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPERNITE</td>
<td>202</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPREPAV</td>
<td>199</td>
</tr>
<tr>
<td>SUPREP BOWEL PREP KIT</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 18G</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 21G</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 23G</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 28G</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCETS 30G</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT LANCING PEN</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE COMFORT PEN NEEDLES</td>
<td>184</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE RESULT 03D3 SYSTEM</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-FINE PEN NEEDLES</td>
<td>184</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-JECT INSULIN SYRINGE</td>
<td>184</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE FLAT LANCETS</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE LANCETS 26G</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE THIN LANCETS</td>
<td>28G</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-LANCE ULTRA THIN LANCETS</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURELITE LANCETS</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-PEN</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURE-TOUCH LANCETS</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIVERSAL</td>
<td>140</td>
</tr>
<tr>
<td>SURGICEL FIBRILLAR</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>SURGICEL NU-KNIT</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>SURVANTA</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>SUSTIVA</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>SUSTOL</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>SUTENT</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Swabflush Saline Flush</td>
<td>240</td>
</tr>
<tr>
<td>SWEET GUM</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>SWEET VERNAL GRASS POLLEN</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>SX1 MEDICATED POST-OPERATIVE</td>
<td>252</td>
</tr>
<tr>
<td>Syeda</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>SYLVANT</td>
<td>283</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMBICORT</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMBYAX</td>
<td>249</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMDEKO</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMF1</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMFI LO</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMJEPL</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMLINPEN 120</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMLINPEN 60</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMPAZAN</td>
<td>38</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMPORIC</td>
<td>209</td>
</tr>
<tr>
<td>SYMTUZA</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAGEX</td>
<td>175</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAGIS</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNALAR</td>
<td>109</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAPRYN FUSEPAQ</td>
<td>199</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNAREL</td>
<td>164</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNATEK</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNDROS</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>SYNERA</td>
<td>252</td>
</tr>
<tr>
<td>Brand/Description</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>TRULICITY</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUMENBA</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUSKIN</td>
<td>238, 252</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUSOPT</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUVA</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>TRUXIMA</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>trynine eg</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>TRYPТОPHAN</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>TUDORZA PRESSAIR</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>TUKYSA</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Tulana</td>
<td>221</td>
</tr>
<tr>
<td>TURALIO</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>TURPENTINE</td>
<td>165</td>
</tr>
<tr>
<td>TUSNEL C</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>TUSCICAPS</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>TUXARIN ER</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>TUIZIPTRA XR</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>TWINRIX</td>
<td>263</td>
</tr>
<tr>
<td>TWIRLA</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>TYNWSTA</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>TYBOST</td>
<td>276</td>
</tr>
<tr>
<td>Tydemy</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>TYGACIL</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>TYKERB</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>TYMLOS</td>
<td>207</td>
</tr>
<tr>
<td>TYPHIM VI</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>TYSABRI</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>TYVASO</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>TYVASO REFILL</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>TYVASO STARTER</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>UBRELVY</td>
<td>277</td>
</tr>
<tr>
<td>UCERIS</td>
<td>129, 159</td>
</tr>
<tr>
<td>UDAMIN SP</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>UDENYCA</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>ULOSIC</td>
<td>144</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTANE</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE INSULIN SAFETY SYR</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE MICRO PEN NEEDLES</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE MINI PEN NEEDLES</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE PEN NEEDLES</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTICARE SHORT PEN NEEDLES</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULMIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULI-LANCE AUTOMATIC</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULILET CLASSIC LANCETS</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULILET INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULILET INSULIN SYRINGE SHORT</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULILET LANCETS</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULILET PEN NEEDLE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULILET SAFETY LANCETS</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULILET SAFETY LANCETS 23G</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULIIVA</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTIMIRIS</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>ultra b-100 complex</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA FLO INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA THIN LANCETS 31G</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA THIN PEN NEEDLES</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE LANCETS 30G</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACARE PEN NEEDLES</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACET</td>
<td>254</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-COMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRACOMFORT INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFLOAM SPONGE 2X6.25X7CM</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFLOAM SPONGE 8X12.5X1CM</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFLOAM SPONGE 8X12.5X3CM</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFLOAM SPONGE 8X25X1CM</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAFLOAM SPONGE 8X6.25X1CM</td>
<td>147</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRALANCE</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAM</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-TIN II AUTO LANCET</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-TIN II INS SYR SHORT</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-TIN II INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-TIN II LANCETS</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-TIN II MINI PEN NEEDLE</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-TIN II PEN NEEDLE SHORT</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRA-TIN II PEN NEEDLES SHORT</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>ULTRAVATE</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>UNASYN</td>
<td>208</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFOINE PENTIPS</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFOINE PENTIPS PLUS</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIFOINE SAFECOMFORT PEN NEEDLE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET COMFORTOUCH LANCET</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET EXCELITE</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET EXCELITE II</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET G.P. LANCET</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET G.P. SUPERLITE LANCET</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET GP 28 ULTRA THIN LANCET</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET LANCET</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET MICRO-THIN 33G</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET SUPERLITE LANCET</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET SUPER-THIN 30G</td>
<td>141</td>
</tr>
<tr>
<td>UNILET ULTRA-THIN 28G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 1</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 COMFORT</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 EXTRA</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 NEONATAL</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 NORMAL</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 2 SUPER</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 COMFORT</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 EXTRA</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 GENTLE</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 NEONATAL</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK 3 NORMAL</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK CZT COMFORT</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK CZT NORMAL</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK PRO SAFETY LANCET</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK SAFETY LANCETS 28G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK SAFETY LANCETS 30G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>Unithroid</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>UNITUXIN</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>UPTRAVI</td>
<td>293</td>
</tr>
<tr>
<td>urea</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>UREA</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>urea hydrating</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>urea nail</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>urea-c40</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>Uredeb</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>uremex-40</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>URESOL</td>
<td>118</td>
</tr>
<tr>
<td>Uretrone D/S</td>
<td>258</td>
</tr>
<tr>
<td>UROCIT-K 10</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>UROCIT-K 15</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>UROCIT-K 5</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>urosex</td>
<td>241</td>
</tr>
<tr>
<td>UROXATRAL</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>URSO 250</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>URSO FORTE</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>ursoidiol</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>Uryl</td>
<td>258</td>
</tr>
<tr>
<td>UTIBRON NEOHALER</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>uticap</td>
<td>258</td>
</tr>
<tr>
<td>Utrona-C</td>
<td>258</td>
</tr>
<tr>
<td>VABOMERE</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>VAGIFEM</td>
<td>261</td>
</tr>
<tr>
<td>valacyclovir hcl</td>
<td>149</td>
</tr>
<tr>
<td>VALCHLOR</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>VALCYTE</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>valganciclovir hcl</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>329</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Drug Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>VELCADE</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>VELETRI</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>Velvet</td>
<td>256</td>
</tr>
<tr>
<td>VELPHORO</td>
<td>211</td>
</tr>
<tr>
<td>VELTASSA</td>
<td>214, 292</td>
</tr>
<tr>
<td>VELTIN</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>VEMILDY</td>
<td>148</td>
</tr>
<tr>
<td>VENCLEXTA</td>
<td>273</td>
</tr>
<tr>
<td>VENCLEXTA STARTING PACK</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td>VENIPUNCTURE PXR</td>
<td>252</td>
</tr>
<tr>
<td>PHLEBOTOMY</td>
<td>237</td>
</tr>
<tr>
<td>venlafaxine hcl</td>
<td>236</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOGER</td>
<td>161</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL HONEY BEE VENOM</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL MIXED VESPID</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOM</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL WASP VENOM</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL WHITE Faced</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMIL YELLOW HORNET</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMY</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENOMY JACKET</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>VENTAVIS</td>
<td>222</td>
</tr>
<tr>
<td>VENTOLIN HFA</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>verapamil hcl er</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>VEREKEN</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>VERELAN</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>VERELAN PM</td>
<td>93</td>
</tr>
<tr>
<td>VERSACLOZ</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>VERZENIO</td>
<td>278</td>
</tr>
<tr>
<td>VESICARE</td>
<td>258, 259</td>
</tr>
<tr>
<td>VFEND</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>VFEND IV</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>VIAGRA</td>
<td>232</td>
</tr>
<tr>
<td>VIBATIV</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td>VIBERZI</td>
<td>281</td>
</tr>
<tr>
<td>VIBRAMycin</td>
<td>248</td>
</tr>
<tr>
<td>Vic-Force</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>VICTOZA</td>
<td>157</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA AUTOLET LANCING</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNIFINE PENTIPS</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNILET LANCETS 28G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDA MIA UNILET LANCETS 30G</td>
<td>142</td>
</tr>
<tr>
<td>VIDAZA</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>VIEKIRA PAK</td>
<td>281</td>
</tr>
<tr>
<td>Vienna</td>
<td>104</td>
</tr>
<tr>
<td>Vigabatrin</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>Vigadochrome</td>
<td>126</td>
</tr>
<tr>
<td>VIGAMOX</td>
<td>192</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD</td>
<td>172, 294</td>
</tr>
<tr>
<td>VIIBRYD STARTER PACK</td>
<td>172, 294</td>
</tr>
<tr>
<td>VIMIZIM</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>VIMPAT</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE DHA RF</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VINATE II</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>Vurate</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN A (retinol-acetate)</td>
<td>172</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN D (ergocalciferol)</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN K1</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN B COMPLEX</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN B COMPLEX</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN B50 COMPLEX</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN B-COMPLEX</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN D (ergocalciferol)</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMEZ</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>vita-min</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMEDMD ONE</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>RX/QUATREFOLIC</td>
<td>220</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMEDMD REDICHEW RX</td>
<td>220</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN B12</td>
<td>101</td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b complex</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b complex</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b50 complex</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>vitamin b-complex</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>VITAMIN DEFICIENCY SYSTEM-B12</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>VITARA鲈 PLUS</td>
<td>176</td>
</tr>
<tr>
<td>VITA-RX DIABETIC VITAMIN</td>
<td>241</td>
</tr>
<tr>
<td>Brand Name</td>
<td>Page</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------------------</td>
<td>------</td>
</tr>
<tr>
<td>VITATHELY WITH GINGER</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VITATRUE</td>
<td>220</td>
</tr>
<tr>
<td>VITRAKVI</td>
<td>274</td>
</tr>
<tr>
<td>VITRASE</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVA DHA</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVAGUARD LANCETS</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVAGUARD LANCING DEVICE</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVELLE-DOT</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVITROL</td>
<td>200</td>
</tr>
<tr>
<td>VIVOTIF</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>VIZIMPRO</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Volnaea</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>VOL-PLUS</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VOL-TAB RX</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VOLTAREN</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>VONVENDI</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>VOPAC GB</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>VOPAC KT</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>VORAXAZE</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>voriconazole</td>
<td>255</td>
</tr>
<tr>
<td>VOSEVI</td>
<td>281</td>
</tr>
<tr>
<td>VOTRIENT</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>VP FC KIT</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>VP GKL KIT</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>VP INSULIN SYRINGE</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>VP-HEME OB + DHA</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VP-PNV-DHA</td>
<td>218</td>
</tr>
<tr>
<td>VPRIV</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>VRAYLAR</td>
<td>66, 67</td>
</tr>
<tr>
<td>VSL@# DS</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Vtol Lq</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>VUMERITY</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>VUMERITY (STARTER)</td>
<td>174</td>
</tr>
<tr>
<td>VUSION</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>YVEPTI</td>
<td>277, 278</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyfemla</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>VYLEESI</td>
<td>285</td>
</tr>
<tr>
<td>VYibra</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>VYNDAMAX</td>
<td>295</td>
</tr>
<tr>
<td>VYNDAQEL</td>
<td>295</td>
</tr>
<tr>
<td>VYONDYS S3</td>
<td>286</td>
</tr>
<tr>
<td>VYTORIN</td>
<td>158</td>
</tr>
<tr>
<td>VYVANSE</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>VYXEOS</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>VYZULTA</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>WAKIX</td>
<td>281</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS ADV TRAVEL LANCETS</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS LANCETS</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS LANCETS MICRO THIN</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS LANCETS SUPER THIN</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS THIN LANCETS</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>WALGREENS ULTRA THIN LANCETS</td>
<td>143</td>
</tr>
<tr>
<td>warfarin sodium</td>
<td>110</td>
</tr>
<tr>
<td>WASP VENOM PROTEIN</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>water for irrigation, sterile</td>
<td>161</td>
</tr>
<tr>
<td>WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS</td>
<td>185</td>
</tr>
<tr>
<td>WELCHOL</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>WELLBUTRIN SR</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>WELLBUTRIN XL</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>WELLMIND VERTIGO</td>
<td>150</td>
</tr>
<tr>
<td>Wera</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>WESTERN JUNIPER</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WESTHROID</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>WEST-VITE FOLIC ACID</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>WHEAT GERM OIL</td>
<td>266</td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE ASH</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE BIRCH</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE FACED HORNET VENOM</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE MULBERRY</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE OAK</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE PINE</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WHITE-FACED HORNET VENOM</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90</td>
<td>113</td>
</tr>
<tr>
<td>WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95</td>
<td>114</td>
</tr>
<tr>
<td>WILATE</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>WINRHO SDF</td>
<td>156</td>
</tr>
<tr>
<td>Wixela Inhub</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>womens laxative</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>womens laxative</td>
<td>245</td>
</tr>
<tr>
<td>WP THYROID</td>
<td>250</td>
</tr>
<tr>
<td>Wymzya Fe</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>XADAGO</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>XALATAN</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>XALKORI</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>XANAX</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>XANAX XR</td>
<td>82</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>XARELTO STARTER PACK</td>
<td>115</td>
</tr>
<tr>
<td>XATMEP</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>XCAPRI</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>XCAPRI (250 MG DAILY DOSE)</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>XCAPRI (350 MG DAILY DOSE)</td>
<td>94</td>
</tr>
<tr>
<td>XELIJANZ</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>XELIJANZ XR</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>XELODA</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>XELPROS</td>
<td>223</td>
</tr>
<tr>
<td>XEMBIFY</td>
<td>156</td>
</tr>
<tr>
<td>XENAZINE</td>
<td>173</td>
</tr>
<tr>
<td>XENICAL</td>
<td>165</td>
</tr>
<tr>
<td>XENLETA</td>
<td>291</td>
</tr>
<tr>
<td>XEOFIN</td>
<td>186</td>
</tr>
<tr>
<td>XEPIDIUM</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>XERAC AC</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>XERALUX</td>
<td>171</td>
</tr>
<tr>
<td>XERAYA</td>
<td>280</td>
</tr>
<tr>
<td>XERESE</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>XERMELO</td>
<td>296</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL EMULSION 2&quot;X2&quot;</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL EMULSION GAUZE</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL EMULSION STRIP</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM OIL ROLL 4&quot;X9&quot;</td>
<td>267</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT GAUZE 1&quot;X8&quot;</td>
<td>268</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT GAUZE 5&quot;X9&quot;</td>
<td>268</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT PATCH 2&quot;X2&quot;</td>
<td>268</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLAT PATCH 4&quot;X4&quot;</td>
<td>268</td>
</tr>
<tr>
<td>XEROFORM PETROLATUM ROLL 4&quot;X9&quot;</td>
<td>268</td>
</tr>
<tr>
<td>XGEVA</td>
<td>226</td>
</tr>
<tr>
<td>XHANCE</td>
<td>178</td>
</tr>
<tr>
<td>XIAFLEX</td>
<td>119</td>
</tr>
<tr>
<td>XIFAXAN</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>XIGDUO XR</td>
<td>295</td>
</tr>
<tr>
<td>XIDRA</td>
<td>284</td>
</tr>
<tr>
<td>XOFIYGO</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>XOFLOUZA (40 MG DOSE)</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>XOFLOUZA (80 MG DOSE)</td>
<td>288</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLAIR</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL</td>
<td>154</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL COREPAK</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL DUO/HEAD &amp; SHOULDERS</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>XOLEGEL DUO/OLEX</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>XOPENEX</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>XOPENEX CONCENTRATE</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>XOPENEX FHA</td>
<td>83</td>
</tr>
<tr>
<td>XOSPATA</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)</td>
<td>275</td>
</tr>
<tr>
<td>XTANDI</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>xulane</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>XULTOPHY</td>
<td>282</td>
</tr>
<tr>
<td>XURIDEN</td>
<td>281</td>
</tr>
<tr>
<td>XYLOCAINE</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>XYLOCAINE Dental</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td>XYLOCAINE/EPINEPHRINE</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td>XYLOCAINE-MPF</td>
<td>167</td>
</tr>
<tr>
<td>XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE</td>
<td>166</td>
</tr>
<tr>
<td>XYNTHA</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>XYNTHA SOLOFUSE</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>XYOSTED</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>XYREM</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>XYZMUNE</td>
<td>170</td>
</tr>
<tr>
<td>YASMIN 28</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>YAZ</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>YELLOW DOCK</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>YELLOW HORNET VENOM PROTEIN</td>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

---

**Note:** The page numbers listed are approximate and may not reflect the exact page locations in the document. The text is formatted as a list of brand names with corresponding page numbers.
La mayoría de los planes incluyen nuestro práctico programa de envío a domicilio sin costos adicionales para el afiliado. Puedes obtener más información en anthem.com/ca o llamando al 866-297-1013.

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.

Express Scripts, Inc. es una compañía independiente que administra los servicios de beneficios de farmacia para los afiliados de nuestros planes de salud.

Rev. 11/18