Lista Nacional de Medicamentos

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de cinco niveles

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

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

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

Algunas cosas para recordar:

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

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

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

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

Lista Nacional de Medicamentos

Cinco Niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION 4
***ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 12
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS** 15
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 16
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 16
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 17
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 20
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 22
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 26
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS** 27
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 28
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART** 28
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 28
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 29
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 30
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 34
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 36
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 40
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 44
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 49
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 49
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 51
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 53
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 54
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 55
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 58
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 63
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 66
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 67
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 68
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 68
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 91
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 93
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS** 97
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 97
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 103
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 105
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 108
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 109
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 111
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 114
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 121
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 122
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 124
DIAGNOSTIC PRODUCTS 136
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 137
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART** 137
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES** 138
***ESTROGENS* - HORMONES** 147
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 149
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH** 149
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 153
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 153
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 155
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD** 155
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 161
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 165
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 166

***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH** 168
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 171
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 172
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT** 173
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 196
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION** 197
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS** 201
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 206
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 207
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 218
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 220
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 220
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 222
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 223
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 231
***OXYTOCICS* - HORMONES** 232
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 232
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 234
***PROGESTINS* - HORMONES** 235
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 235
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 243
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 244
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 244
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 245
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 246
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 247
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 249
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 250
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 253
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 254
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 255

Lista Nacional de Medicamentos – Sección Informativa

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Preguntas frecuentes

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

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

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

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

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

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

ANALGESIC OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS
ABSTRAL SUBLINGUAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 300 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG (*fentanyl*)

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

codeine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg

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

levonorgestrel-ethinyl estrad (Portia Oral Tablet 0.15-0.03 Mg)

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

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

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

Los miembros actuales de Anthem pueden obtener más información iniciando sesión en anthem.com/ca y elegir Prescription Benefits o llamando al 833-236-6196. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Los medicamentos de nivel 1 tienen el costo compartido más bajo para usted. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mejor valor en comparación con otros medicamentos que tratan las mismas afecciones. Algunos planes dividen el Nivel 1 en Nivel 1a y Nivel 1b:
    - Los medicamentos de nivel 1a tienen el costo compartido más bajo. Estos son a menudo medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas condiciones.
    - Los medicamentos de nivel 1b tienen una participación de bajo costo. Por lo general, estos son medicamentos genéricos que ofrecen el mayor valor en comparación con otros que tratan las mismas afecciones.
- Los medicamentos de Nivel 2 tienen un costo compartido más alto que el Nivel 1. Pueden ser medicamentos de marca preferidos, según lo bien que funcionen y su costo en comparación con otros medicamentos utilizados para el mismo tipo de tratamiento. Algunos son medicamentos genéricos que pueden costar más porque son más nuevos en el mercado.
- Los medicamentos de nivel 3 tienen el costo compartido más alto. A menudo incluyen medicamentos de marca y genéricos que pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 3 también puede incluir medicamentos que fueron aprobados recientemente por la FDA o medicamentos especializados que se usan para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.
- Los medicamentos de nivel 4 tienen el costo compartido más alto y generalmente incluyen medicamentos especializados de marca y genéricos. Pueden costar más que los medicamentos en niveles inferiores que se usan para tratar la misma afección. El Nivel 4 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.

- Los medicamentos de nivel 5 tienen el costo compartido más alto. Los medicamentos en este nivel son medicamentos genéricos y de marca especializada no preferidos. El Nivel 5 también puede incluir medicamentos recientemente aprobados por la FDA o medicamentos especializados utilizados para tratar afecciones de salud graves a largo plazo y que pueden necesitar un manejo especial.

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

Nota: Para medicamentos de quimioterapia oral: a pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá los doscientos dólares ($ 250) por una receta individual de hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

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

Nuestros programas de edición clínica son:

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

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

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

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

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

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

Algunas notas más sobre el proceso de excepción:

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

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

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

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

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

Anthem

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

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

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

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

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

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

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

OC = quimioterapia oral. Estos medicamentos después del deducible no excederán los $250 por receta individual para un suministro de hasta 30 días.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cinco Niveles

CURRENT AS OF 1/1/2025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
lisdexamfetamine dimesylate oral tablet chewable 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
procentra oral solution	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
VYVANSE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG (*lisdexamfetamine dimesylate*)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
zenzedi oral tablet 10 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 tablets per 1 day)
zenzedi oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
zenzedi oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
zenzedi oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ANALEPTICS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
caffeine citrate intravenous solution	3	
caffeine citrate oral solution	1 or 1b*	
DOPRAM INTRAVENOUS SOLUTION (*doxapram hcl*)	3	
ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADIPEX-P ORAL TABLET (*phentermine hcl*)	3	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
benzphetamine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
diethylpropion hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
LOMAIRA ORAL TABLET (*phentermine hcl*)	3	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
phendimetrazine tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (6 tablets per 1 day)
phentermine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
phentermine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
ANTI-OBESITY - GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tirzepatide-weight management*)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 63 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 54 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 72 MG	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (xr) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (30 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	1 or 1b*	PA; QL (60 mL per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl oral tablet chewable 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate hcl oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate transdermal patch 10 mg/9hr, 15 mg/9hr	1 or 1b*	ST; DO
methylphenidate transdermal patch 20 mg/9hr, 30 mg/9hr	1 or 1b*	ST; QL (1 patch per 1 day)
modafinil oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; DO
modafinil oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS**		
ALLERGENIC EXTRACTS - BIOLOGICAL AGENTS**		
GRASTEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*timothy grass pollen allergen*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (*peanut powder-dnfp*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
RAGWITEK SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*short ragweed pollen ext*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
MIXED ALLERGENIC EXTRACTS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ODACTRA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*dust mite mixed allergen ext*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORALAIR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*grass mix pollens allergen ext*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMEBICIDES - DRUGS FOR PARASITES**		
SOLOSEC ORAL PACKET (*secnidazole*)	3	PA; QL (2 grams per 1 fill)
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOGLYCOSIDES - ANTIBIOTICS**		
amikacin sulfate injection solution	1 or 1b*	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION (*amikacin sulfate liposome*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*tobramycin*)	5	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
gentamicin in saline intravenous solution	1 or 1b*	
gentamicin sulfate injection solution	1 or 1b*	
HUMATIN ORAL CAPSULE (*paromomycin sulfate*)	3	PA
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (*tobramycin*)	5	LD; QL (224 capsules per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml	4	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	4	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (*plazomicin sulfate*)	3	
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (*upadacitinib*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG (*upadacitinib*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG (*upadacitinib*)	4	PA; LD; QL (84 tablets per 12 weeks); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (*tofacitinib citrate*)	5	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (*tofacitinib citrate*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tofacitinib citrate*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*methotrexate (anti-rheumatic)*)	5	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*methotrexate (anti-rheumatic)*)	4	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	4	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	4	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (*adalimumab*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (*adalimumab*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for maintenance therapys); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HYDROCODONE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
hydrocodone-acetaminophen oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
OPIOID AGONISTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 15 MG, 60 MG	3	AL; QL (6 tablets per 1 day)
codeine sulfate oral tablet 30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
DEMEROL INJECTION SOLUTION (*meperidine hcl*)	3	
DILAUDID INJECTION SOLUTION (*hydromorphone hcl*)	3	
DILAUDID ORAL LIQUID (*hydromorphone hcl*)	3	QL (24 mL per 1 day)
DILAUDID ORAL TABLET (*hydromorphone hcl*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
DSUVIA SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (*sufentanil citrate*)	3	
duramorph injection solution	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	
fentanyl citrate (pf) injection solution 1000 mcg/20ml, 2500 mcg/50ml, 500 mcg/10ml	1 or 1b*	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 50 MCG/ML	3	
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle	1 or 1b*	PA; QL (4 lozenge per 1 day)
fentanyl citrate buccal tablet	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
fentanyl citrate pf injection solution prefilled syringe 25 mcg/0.5ml	3	
FENTANYL CITRATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/ML	3	
fentanyl transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	PA; QL (15 patches per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
hydromorphone hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
hydromorphone hcl injection solution 0.25 mg/0.5ml	3	
hydromorphone hcl injection solution 4 mg/ml	1 or 1b*	
hydromorphone hcl oral liquid	1 or 1b*	QL (24 mL per 1 day)
hydromorphone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
HYDROMORPHONE HCL PF INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2 MG/ML, 4 MG/ML	3	
hydromorphone hcl pf injection solution 50 mg/5ml, 500 mg/50ml	1 or 1b*	
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (*morphine sulfate microinfusion*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
quinidine gluconate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
quinidine sulfate oral tablet	1 or 1a*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-B - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
lidocaine hcl (cardiac) intravenous solution prefilled syringe 50 mg/5ml	1 or 1b*	
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF INTRAVENOUS SOLUTION	3	
lidocaine hcl (cardiac) pf intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine in d5w intravenous solution 4-5 mg/ml-%, 8-5 mg/ml-%	1 or 1b*	
mexiletine hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-C - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
flecainide acetate oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
flecainide acetate oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
propafenone hcl oral tablet	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE III - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
amiodarone hcl intravenous solution	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
amiodarone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
CORVERT INTRAVENOUS SOLUTION (*ibutilide fumarate*)	3	
dofetilide oral capsule	1 or 1b*	LD
ibutilide fumarate intravenous solution	1 or 1b*	
MULTAQ ORAL TABLET (*dronedarone hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
NEXTERONE INTRAVENOUS SOLUTION (*amiodarone hcl in dextrose*)	3	
pacerone oral tablet 100 mg, 400 mg	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ADRENERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*umeclidinium-vilanterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone furoate-vilanterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate (Breyna Inhalation Aerosol)	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BREZTRI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (*budeson-glycopyrrol-formoterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1.03 grams per 1 day)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*ipratropium-albuterol*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
fluticasone furoate-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act, 232-14 mcg/act, 55-14 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
ipratropium-albuterol inhalation solution	1 or 1b*	QL (540 mL per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*tiotropium bromide-olodaterol*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT (*fluticasone-umeclidin-vilant*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 200-62.5-25 MCG/ACT (*fluticasone-umeclidin-vilant*)	2	QL (2 EA per 1 day)
wixela inhub inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL (1 package per 30 days)
ANTI-IGE MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*omalizumab*)	4	PA; LD; QL (4 vials/syringes/autoinjectors per 28 days); SP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
cromolyn sodium inhalation nebulization solution	1 or 1b*	
BETA ADRENERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	1 or 1b*	QL (360 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5%	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution 2.5 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (4 boxes per 30 days)
albuterol sulfate oral syrup	1 or 1b*	
albuterol sulfate oral tablet	1 or 1b*	
arformoterol tartrate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL (60 vial per 30 days)
BROVANA INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*arformoterol tartrate*)	3	QL (60 vial per 30 days)
formoterol fumarate inhalation nebulization solution	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
isoproterenol hcl injection solution	1 or 1b*	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml	1 or 1b*	QL (90 vials per 30 days)
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (90 mL per 30 days)
levalbuterol tartrate inhalation aerosol	1 or 1b*	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (*formoterol fumarate*)	3	QL (120 ML per 30 days)
PROAIR RESPICLICK INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*albuterol sulfate*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*salmeterol xinafoate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
STRIVERDI RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*olodaterol hcl*)	3	QL (1 inhaler per 30 days)
terbutaline sulfate injection solution	1 or 1b*	
terbutaline sulfate oral tablet	1 or 1b*	
BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (*ipratropium bromide hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
ipratropium bromide inhalation solution	1 or 1b*	QL (300 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE (*tiotropium bromide monohydrate*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION (*tiotropium bromide monohydrate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
tiotropium bromide monohydrate inhalation capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
YUPELRI INHALATION SOLUTION (*revefenacin*)	3	ST; QL (1 vial per 1 day)
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG1 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*benralizumab*)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weekss); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (*benralizumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (*benralizumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*mepolizumab*)	4	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (*reslizumab*)	4	PA; LD; SP
LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ACCOLATE ORAL TABLET (*zafirlukast*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
montelukast sodium oral packet	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
montelukast sodium oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (*ensifentrine*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 30 days); SP
SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
DALIRESP ORAL TABLET (*roflumilast*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
roflumilast oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
STEROID INHALANTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone furoate*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml	1 or 1b*	QL (120 ML per 30 days)
budesonide inhalation suspension 1 mg/2ml	1 or 1b*	QL (60 ML per 30 days)
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 100 mcg/act, 50 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone propionate diskus inhalation aerosol powder breath activated 250 mcg/act	1 or 1b*	QL (4 inhalers per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 110 mcg/act, 44 mcg/act	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
fluticasone propionate hfa inhalation aerosol 220 mcg/act	1 or 1b*	QL (2 inhalers per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tezepelumab-ekko*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*tezepelumab-ekko*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
XANTHINES - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
aminophylline intravenous solution	1 or 1b*	
ELIXOPHYLLIN ORAL ELIXIR (*theophylline*)	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (*theophylline*)	2	QL (4 tablets per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (*theophylline*)	2	QL (3 capsules per 1 day)
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG (*theophylline*)	2	QL (2 capsules per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
theophylline oral elixir	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
theophylline oral solution	1 or 1b*	QL (112.5 mL per 1 day)
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
COUMARIN ANTICOAGULANTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
jantoven oral tablet	1 or 1a*	
warfarin sodium oral tablet	1 or 1a*	
DIRECT FACTOR XA INHIBITORS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*apixaban*)	2	QL (74 tablets per 365 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG (*apixaban*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG (*apixaban*)	2	QL (74 tablets per 30 days)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*rivaroxaban*)	2	QL (20 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (*rivaroxaban*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (*rivaroxaban*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*rivaroxaban*)	2	QL (1 pack per 365 days)
HEPARINS AND HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
bd heparin posiflush intravenous solution	1 or 1b*	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 1000-0.9 ut/500ml-%, 2000-0.9 unit/l-%	1 or 1b*	
HEPARIN (PORCINE) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 12500-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/250ML-%, 25000-0.45 UT/500ML-%	3	
heparin na (pork) lock flsh pf intravenous solution	1 or 1b*	
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION 100 UNIT/ML, 25000-5 UT/500ML-%	3	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%	1 or 1b*	
heparin sod (pork) lock flush intravenous solution	1 or 1b*	
heparin sodium (porcine) injection solution	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE	3	
heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml, 5000 unit/0.5ml	1 or 1b*	
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF INJECTION SOLUTION 5000 UNIT/ML	3	
LOW MOLECULAR WEIGHT HEPARINS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
enoxaparin sodium injection solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 10000 UNIT/4ML (*dalteparin sodium*)	3	QL (8 mL per 1 day)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION 95000 UNIT/3.8ML (*dalteparin sodium*)	3	QL (6 vials per 30 days)
FRAGMIN SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dalteparin sodium*)	3	QL (30 syringes per 30 days)
SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*fondaparinux sodium*)	3	QL (30 syringes per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*bivalirudin trifluoroacetate*)	3	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution	1 or 1b*	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT & REVERSIBLE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AMPA GLUTAMATE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
FYCOMPA ORAL SUSPENSION (*perampanel*)	3	QL (24 mL per 1 day)
FYCOMPA ORAL TABLET (*perampanel*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ANTICONVULSANTS - BENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
clobazam oral suspension	1 or 1b*	QL (16 mL per 1 day)
clobazam oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
clonazepam oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diazepam rectal gel	1 or 1b*	QL (2 syringes per 1 fill)
NAYZILAM NASAL SOLUTION (*midazolam (anticonvulsant)*)	3	PA; QL (10 mL per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG (*clobazam*)	3	QL (2 film strips per 1 day)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG (*clobazam*)	3	QL (1 film strip per 1 day)
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID (*diazepam*)	3	PA; QL (10 blister packs per 30 days)
ANTICONVULSANTS - MISC. - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG (*eslicarbazepine acetate*)	3	DO
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (*eslicarbazepine acetate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (*rufinamide*)	3	QL (80 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (*rufinamide*)	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (*rufinamide*)	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (*brivaracetam*)	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION (*brivaracetam*)	3	QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET (*brivaracetam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carbamazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
carbamazepine oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
carbamazepine oral tablet chewable 200 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (*stiripentol*)	5	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (*stiripentol*)	5	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (*stiripentol*)	5	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (*stiripentol*)	5	PA; LD; QL (6 packets per 1 day)
ELEPSIA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*levetiracetam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION (*cannabidiol*)	5	PA; LD; SP
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (*fenfluramine hcl*)	5	PA; LD; QL (26 mg per 1 day)
gabapentin oral capsule	1 or 1b*	DO
gabapentin oral solution	1 or 1b*	QL (72 mL per 1 day)
gabapentin oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
gabapentin oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lacosamide intravenous solution	1 or 1b*	
lacosamide oral solution	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
lacosamide oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine oral tablet	1 or 1b*	DO
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lamotrigine oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
levetiracetam intravenous solution	1 or 1b*	
levetiracetam oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
levetiracetam oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	DO
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	DO
oxcarbazepine er oral tablet extended release 24 hour 600 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxcarbazepine oral tablet 600 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsule per 1 day)
pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
pregabalin oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
pregabalin oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
primidone oral tablet 125 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 100 MG, 50 MG (*topiramate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 150 MG, 200 MG (*topiramate*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
QUDEXY XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 25 MG (*topiramate*)	3	ST; DO
roweepra oral tablet	1 or 1b*	DO
rufinamide oral suspension	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
rufinamide oral tablet 200 mg	1 or 1b*	DO
rufinamide oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (*levetiracetam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (*levetiracetam*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
subvenite oral tablet	1 or 1b*	DO
subvenite starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
subvenite starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
subvenite starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate er oral capsule extended release 24 hour 25 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral capsule sprinkle	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
topiramate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
zonisamide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION (*ganaxolone*)	5	LD; QL (10 bottles per 30 days)
CARBAMATES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
felbamate oral suspension	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
felbamate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 blister pack per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 pack per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG, 50 MG (*cenobamate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET 200 MG (*cenobamate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK (*cenobamate*)	3	QL (1 pack per 28 days)
GABA MODULATORS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
tiagabine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
vigabatrin oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
vigabatrin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
vigadrone oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIGAFYDE ORAL SOLUTION (*vigabatrin*)	5	LD; QL (25 mL per 1 day)
vigabatrin (Vigpoder Oral Packet)	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
HYDANTOINS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
CEREBYX INJECTION SOLUTION (*fosphenytoin sodium*)	3	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (*phenytoin*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (*phenytoin sodium extended*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (*phenytoin sodium extended*)	2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION (*phenytoin*)	3	
DILANTIN-125 ORAL SUSPENSION (*phenytoin*)	3	
fosphenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
PHENYTEK ORAL CAPSULE (*phenytoin sodium extended*)	1 or 1b*	
phenytoin infatabs oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin oral suspension	1 or 1b*	
phenytoin oral tablet chewable	1 or 1b*	
phenytoin sodium extended oral capsule	1 or 1b*	
phenytoin sodium injection solution	1 or 1b*	
SUCCINIMIDES - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
CELONTIN ORAL CAPSULE (*methsuximide*)	3	QL (4 capsules per 1 day)
ethosuximide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
ethosuximide oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
methsuximide oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
VALPROIC ACID - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
divalproex sodium oral tablet delayed release 500 mg	1 or 1b*	QL (7 tablets per 1 day)
valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml	1 or 1b*	
valproic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
valproic acid oral solution	1 or 1b*	
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET (*mirtazapine*)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (*mirtazapine*)	3	
ANTIDEPRESSANTS - MISC. - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 450 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4.5 tablet per 1 day)
bupropion hcl oral tablet 75 mg	1 or 1b*	DO
GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID - DRUGS FOR DEPRESSION**		
ZULRESSO INTRAVENOUS SOLUTION (*brexanolone*)	5	PA; LD; SP
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (*zuranolone*)	5	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (*zuranolone*)	5	PA; LD; QL (14 capsules per 1 fill)
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS (MAOIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 9 MG/24HR (*selegiline*)	3	QL (1 patch per 1 day)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 6 MG/24HR (*selegiline*)	3	DO
MARPLAN ORAL TABLET (*isocarboxazid*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NARDIL ORAL TABLET (*phenelzine sulfate*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PARNATE ORAL TABLET (*tranylcypromine sulfate*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
phenelzine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
tranylcypromine sulfate oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
N-METHYL-D-ASPARTIC ACID (NMDA) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
SPRAVATO (56 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (*esketamine hcl*)	5	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (*esketamine hcl*)	5	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
citalopram hydrobromide oral solution	1 or 1b*	
citalopram hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral solution	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (*levomilnacipran hcl*)	3	ST; QL (28 pack per 365 days)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 225 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
venlafaxine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1a*	DO
amitriptyline hcl oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (3 tablets per 1 day)
amitriptyline hcl oral tablet 150 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
amoxapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 25 mg	1 or 1b*	DO
clomipramine hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
clomipramine hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
desipramine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
desipramine hcl oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
doxepin hcl oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxepin hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
imipramine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET (*desipramine hcl*)	3	DO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (*nortriptyline hcl*)	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (*nortriptyline hcl*)	3	QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (*nortriptyline hcl*)	3	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (*diazoxide*)	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*dasiglucagon hcl*)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dasiglucagon hcl*)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin benzoate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (*sitagliptin phosphate*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 INHIBITOR-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET ORAL TABLET (*sitagliptin-metformin hcl*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (*sitagliptin-metformin hcl*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (*sitagliptin-metformin hcl*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - ERGOT DERIVATIVES - DRUGS FOR DIABETES**		
CYCLOSET ORAL TABLET (*bromocriptine mesylate*)	3	
DPP-4 INHIBITOR-THIAZOLIDINEDIONE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin-pioglitazone oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
HUMAN INSULIN - DRUGS FOR DIABETES**		
HUMALOG INJECTION SOLUTION (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin lispro prot & lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin lispro prot & lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*insulin lispro prot & lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*insulin lispro*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (*insulin nph isophane & regular*)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*insulin nph isophane & regular*)	2	QL (30 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 INHIBITOR-BIGUANIDE COMB - DRUGS FOR DIABETES**		
dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 10-1000 mg	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
dapagliflozin pro-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY ORAL TABLET (*empagliflozin-metformin hcl*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG (*empagliflozin-metformin hcl*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG (*empagliflozin-metformin hcl*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG (*dapagliflozin prop-metformin*)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (*dapagliflozin prop-metformin*)	2	ST; QL (2 tablet per 1 day)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (*dapagliflozin prop-metformin*)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SULFONYLUREA-BIGUANIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR DIABETES**		
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
SULFONYLUREAS - DRUGS FOR DIABETES**		
glimepiride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 2 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (16 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 3 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 6 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
deferasirox oral tablet	4	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet soluble	4	PA; LD; SP
deferiprone oral tablet	4	PA; LD
FERRIPROX ORAL SOLUTION (*deferiprone*)	5	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (*deferiprone*)	5	PA; LD
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ACETADOTE INTRAVENOUS SOLUTION (*acetylcysteine*)	3	
acetylcysteine intravenous solution	1 or 1b*	
ANDEXXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coag fact xa inactivated-zhzo*)	3	
BRIDION INTRAVENOUS SOLUTION (*sugammadex sodium*)	3	
CYANOKIT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*hydroxocobalamin*)	3	
deferoxamine mesylate injection solution reconstituted	4	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*deferoxamine mesylate*)	5	LD; SP
DIGIFAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*digoxin immune fab*)	3	
edetate calcium disodium injection solution	3	
fomepizole intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue (antidote) intravenous solution	1 or 1b*	
methylene blue intravenous solution	1 or 1b*	
PRAXBIND INTRAVENOUS SOLUTION (*idarucizumab*)	3	
PROTOPAM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pralidoxime chloride*)	3	
PROVAYBLUE INTRAVENOUS SOLUTION (*methylene blue (antidote)*)	3	
RADIOGARDASE ORAL CAPSULE (*prussian blue insoluble*)	3	
SODIUM NITRITE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
SODIUM THIOSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
VISTOGARD ORAL PACKET (*uridine triacetate*)	3	PA; LD; QL (20 packets per 30 days)
BENZODIAZEPINE ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
flumazenil intravenous solution	1 or 1b*	
OPIOID ANTAGONISTS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
KLOXXADO NASAL LIQUID (*naloxone hcl*)	2	QL (6 nasal sprays per 3 monthss)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION (*fosnetupitant-palonosetron*)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fosnetupitant-palonosetron*)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (*netupitant-palonosetron*)	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*doxylamine-pyridoxine*)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
doxylamine-pyridoxine oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; QL (4 tablet per 1 day)
ANTIEMETICS - ANTICHOLINERGIC - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
ANTIVERT ORAL TABLET (*meclizine hcl*)	3	
ANTIVERT ORAL TABLET CHEWABLE (*meclizine hcl*)	3	
DIMENHYDRINATE INJECTION SOLUTION	3	
meclizine hcl oral tablet 25 mg	1 or 1a*	
meclizine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	
scopolamine transdermal patch 72 hour	1 or 1b*	
TIGAN INTRAMUSCULAR SOLUTION (*trimethobenzamide hcl*)	3	
trimethobenzamide hcl oral capsule	1 or 1b*	
ANTIEMETICS - ANTIDOPAMINERGIC - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
BARHEMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (*amisulpride (antiemetic)*)	3	
ANTIEMETICS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
dronabinol oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
MARINOL ORAL CAPSULE (*dronabinol*)	3	QL (4 capsules per 1 day)
SYNDROS ORAL SOLUTION (*dronabinol*)	3	QL (8 mL per 1 day)
SUBSTANCE P/NEUROKININ 1 (NK1) RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
APONVIE INTRAVENOUS EMULSION (*aprepitant*)	3	LD
aprepitant oral	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 125 mg	1 or 1b*	LD; QL (5 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 40 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 fill)
aprepitant oral capsule 80 & 125 mg	1 or 1b*	LD; QL (15 capsules per 25 days)
aprepitant oral capsule 80 mg	1 or 1b*	LD; QL (10 capsules per 25 days)
CINVANTI INTRAVENOUS EMULSION (*aprepitant*)	3	PA; QL (5 vials per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*aprepitant*)	3	QL (15 kit per 30 days)
focinvez intravenous solution	3	PA; QL (5 vials per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; QL (5 vial per 30 days)
VARUBI (180 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*rolapitant hcl*)	3	QL (4 capsules per 28 days)
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (ECHINOCANDINS) - DRUGS FOR FUNGUS**		
CANCIDAS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*caspofungin acetate*)	3	QL (1 vial per 1 day)
CASPOFUNGIN ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (1 vial per 1 day)
ERAXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*anidulafungin*)	3	
MICAFUNGIN SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
micafungin sodium-nacl intravenous solution	3	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*micafungin sodium*)	3	
REZZAYO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*rezafungin acetate*)	3	
ANTIFUNGAL - GLUCAN SYNTHESIS INHIBITORS (TRITERPENOIDS) - ANTIBIOTICS**		
BREXAFEMME ORAL TABLET (*ibrexafungerp citrate*)	3	PA; QL (4 tablets per 1 month)
ANTIFUNGALS - DRUGS FOR FUNGUS**		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION (*amphotericin b lipid*)	3	
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*amphotericin b liposome*)	3	
amphotericin b intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted	1 or 1b*	
ANCOBON ORAL CAPSULE (*flucytosine*)	3	PA
flucytosine oral capsule	1 or 1b*	PA
griseofulvin microsize oral suspension	1 or 1b*	
griseofulvin microsize oral tablet	1 or 1b*	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet	1 or 1b*	
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
IMIDAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
carbinoxamine maleate oral solution	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST
CLEMASTINE FUMARATE ORAL SYRUP	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
clemastine fumarate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
diphenhydramine hcl injection solution	1 or 1b*	
diphenhydramine hcl oral elixir	1 or 1a*	QL (4 mL per 1 day)
ANTIHISTAMINES - NON-SEDATING - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cetirizine hcl oral solution	1 or 1b*	BE; QL (10 mL per 1 day)
CLARINEX ORAL TABLET (*desloratadine*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
desloratadine oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
desloratadine oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
levocetirizine dihydrochloride oral solution	1 or 1b*	BE; QL (10 mL per 1 day)
levocetirizine dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	BE; QL (1 tablet per 1 day)
QUZYTTIR INTRAVENOUS SOLUTION (*cetirizine hcl*)	3	
ANTIHISTAMINES - PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
PHENERGAN INJECTION SOLUTION (*promethazine hcl*)	3	
promethazine hcl injection solution	1 or 1a*	
promethazine hcl oral solution	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
promethazine hcl rectal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 50 mg	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLIZET ORAL TABLET (*bempedoic acid-ezetimibe*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLETOL ORAL TABLET (*bempedoic acid*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANGIOPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (*evinacumab-dgnb*)	5	PA; LD
ANTIHYPERLIPIDEMICS - MISC. - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
icosapent ethyl oral capsule 0.5 gm	1 or 1b*	PA; QL (8 capsules per 1 day)
icosapent ethyl oral capsule 1 gm	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
omega-3-acid ethyl esters oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (4 capsule per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM (*icosapent ethyl*)	2	PA; QL (8 capsules per 1 day)
VASCEPA ORAL CAPSULE 1 GM (*icosapent ethyl*)	2	PA; QL (4 capsule per 1 day)
BILE ACID SEQUESTRANTS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
cholestyramine light oral packet	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
cholestyramine light oral powder	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
cholestyramine oral packet	1 or 1b*	QL (6 packets per 1 day)
cholestyramine oral powder	1 or 1b*	QL (54 gm per 1 day)
colesevelam hcl oral packet	3	QL (1 packet per 1 day)
colesevelam hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
COLESTID ORAL GRANULES (*colestipol hcl*)	3	QL (45 grams per 1 day)
COLESTID ORAL TABLET (*colestipol hcl*)	3	QL (16 tablets per 1 day)
colestipol hcl oral granules	1 or 1b*	QL (45 grams per 1 day)
colestipol hcl oral packet	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
colestipol hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
prevalite oral packet	1 or 1b*	QL (24 grams per 1 day)
prevalite oral powder	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN LIGHT ORAL POWDER (*cholestyramine light*)	3	QL (30 grams per 1 day)
QUESTRAN ORAL PACKET (*cholestyramine*)	3	QL (6 packets per 1 day)
QUESTRAN ORAL POWDER (*cholestyramine*)	3	QL (54 gm per 1 day)
FIBRIC ACID DERIVATIVES - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
fenofibrate micronized oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibrate oral tablet 120 mg, 40 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fenofibric acid oral capsule delayed release	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
fenofibric acid oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
FIBRICOR ORAL TABLET (*fenofibric acid*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIPOFEN ORAL CAPSULE (*fenofibrate*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (*gemfibrozil*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (*fenofibrate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
HMG COA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
atorvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	DO
atorvastatin calcium oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*; $0	DO
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*; $0	DO
lovastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	1 or 1b*; $0	DO
pravastatin sodium oral tablet 80 mg	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*; $0	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	DO
rosuvastatin calcium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*; $0	DO
simvastatin oral tablet 40 mg	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
simvastatin oral tablet 80 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INTEST CHOLEST ABSORP INHIB-HMG COA REDUCTASE INHIB COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ezetimibe-simvastatin oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ezetimibe oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MICROSOMAL TRIGLYCERIDE TRANSFER PROTEIN INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 5 MG (*lomitapide mesylate*)	3	PA; LD; DO
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG (*lomitapide mesylate*)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
NICOTINIC ACID DERIVATIVES - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
niacin (antihyperlipidemic) oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL (2 tablets per 1 day)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
niacor oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (12 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (*benazepril-hydrochlorothiazide*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	DO
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 20-12.5 mg, 20-25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASERETIC ORAL TABLET (*enalapril-hydrochlorothiazide*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 10-12.5 MG (*lisinopril-hydrochlorothiazide*)	3	DO
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-12.5 MG (*lisinopril-hydrochlorothiazide*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTORETIC ORAL TABLET 20-25 MG (*lisinopril-hydrochlorothiazide*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ACE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
benazepril hcl oral tablet 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
benazepril hcl oral tablet 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
captopril oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral solution	1 or 1b*	QL (40 mg per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
enalapril maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalaprilat intravenous solution	1 or 1b*	
EPANED ORAL SOLUTION (*enalapril maleate*)	3	QL (40 mg per 1 day)
fosinopril sodium oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fosinopril sodium oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
fosinopril sodium oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1a*	DO
lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG (*benazepril hcl*)	3	DO
LOTENSIN ORAL TABLET 20 MG (*benazepril hcl*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 40 MG (*benazepril hcl*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 15 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
moexipril hcl oral tablet 7.5 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg	1 or 1b*	DO
perindopril erbumine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MEPRON ORAL SUSPENSION (*atovaquone*)	3	
nitazoxanide oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)
***BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS**		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*sulbactam sod-durlobactam sod*)	3	
CARBAPENEM COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imipenem-cilastatin*)	3	
RECARBRIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imipenem-cilastatin-relebactam*)	3	
VABOMERE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*meropenem-vaborbactam*)	3	
CARBAPENEMS - ANTIBIOTICS**		
ertapenem sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	1 or 1b*	
meropenem intravenous solution reconstituted 2 gm	3	
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CHLORAMPHENICALS - ANTIBIOTICS**		
chloramphenicol sod succinate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CYCLIC LIPOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DAPTOMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
daptomycin-sodium chloride intravenous solution	3	
GLYCOPEPTIDES - ANTIBIOTICS**		
DALVANCE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*dalbavancin hcl*)	3	
FIRVANQ ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*vancomycin hcl*)	3	PA; QL (1200 mL per 30 days)
KIMYRSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*oritavancin diphosphate*)	3	
ORBACTIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*oritavancin diphosphate*)	3	
VANCOCIN ORAL CAPSULE (*vancomycin hcl*)	3	PA; QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 500-5 MG/100ML-%	3	QL (200 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COARTEM ORAL TABLET (*artemether-lumefantrine*)	3	
MALARONE ORAL TABLET (*atovaquone-proguanil hcl*)	3	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR PARASITES**		
ARAKODA ORAL TABLET (*tafenoquine succinate*)	3	QL (64 tablets per 1 year)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
chloroquine phosphate oral tablet	1 or 1a*	
DARAPRIM ORAL TABLET (*pyrimethamine*)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE ORAL TABLET 400 MG	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
KRINTAFEL ORAL TABLET (*tafenoquine succinate*)	3	QL (2 tablets per 1 fill)
mefloquine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	
pyrimethamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
QUALAQUIN ORAL CAPSULE (*quinine sulfate*)	3	PA; QL (60 capsule per 30 days)
quinine sulfate oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (60 capsule per 30 days)
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION (*neostigmine methylsulfate*)	3	
BLOXIVERZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*neostigmine methylsulfate*)	3	
FIRDAPSE ORAL TABLET (*amifampridine phosphate*)	5	PA; LD; QL (10 tablets per 1 day)
MESTINON ORAL SOLUTION (*pyridostigmine bromide*)	3	
MESTINON ORAL TABLET (*pyridostigmine bromide*)	3	
MESTINON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*pyridostigmine bromide*)	3	
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML, 5 MG/10ML	3	
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral solution	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral tablet	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (*pyridostigmine bromide*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD19 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ZYNLONTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*loncastuximab tesirine-lpyl*)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD20 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
ARZERRA INTRAVENOUS CONCENTRATE (*ofatumumab*)	3	PA; LD; SP
GAZYVA INTRAVENOUS SOLUTION (*obinutuzumab*)	3	PA; LD; SP
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab-arrx*)	3	PA; LD; SP
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab*)	3	PA; LD; SP
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab-pvvr*)	3	PA; LD; SP
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION (*rituximab-abbs*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD22 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
BESPONSA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*inotuzumab ozogamicin*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD30 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
ADCETRIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*brentuximab vedotin*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD33 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*gemtuzumab ozogamicin*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD38 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION (*daratumumab*)	3	PA; LD; SP
SARCLISA INTRAVENOUS SOLUTION (*isatuximab-irfc*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CD79B ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
POLIVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*polatuzumab vedotin-piiq*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CLDN18.2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
VYLOY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*zolbetuximab-clzb*)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION (*tremelimumab-actl*)	3	PA; LD; SP
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (*ipilimumab*)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (*naxitamab-gqgk*)	3	PA; LD
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (*dinutuximab*)	3	LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab*)	3	LD; SP
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-pkrb*)	3	ST; LD; SP
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-anns*)	3	LD; SP
MARGENZA INTRAVENOUS SOLUTION (*margetuximab-cmkb*)	3	PA; LD; SP
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-dkst*)	3	ST; LD; SP
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-dttb*)	3	ST; LD; SP
PERJETA INTRAVENOUS SOLUTION (*pertuzumab*)	3	PA; LD; SP
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trastuzumab-qyyp*)	3	ST; LD; SP
TUKYSA ORAL TABLET (*tucatinib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
ZIIHERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*zanidatamab-hrii*)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*enfortumab vedotin-ejfv*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (*dostarlimab-gxly*)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (*pembrolizumab*)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (*cemiplimab-rwlc*)	3	PA; LD
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (*toripalimab-tpzi*)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (*nivolumab*)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (*tislelizumab-jsgr*)	3	PA; LD
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (*retifanlimab-dlwr*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (*avelumab*)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (*durvalumab*)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (*atezolizumab*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*elotuzumab*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tisotumab vedotin-tftv*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - BCL-2 INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*venetoclax*)	3; OC	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); OC
ANTINEOPLASTIC - BCR-ABL KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG (*bosutinib*)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
dasatinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (*nilotinib hcl*)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
valrubicin intravesical solution	1 or 1b*	LD; SP
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (*valrubicin*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY - DRUGS FOR CANCER**		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (*ibritumomab tiuxetan for y-90*)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES - DRUGS FOR CANCER**		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION (*mirvetuximab soravtansine-gynx*)	3	PA; LD
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fam-trastuzumab deruxtec-nxki*)	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ado-trastuzumab emtansine*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
DARZALEX FASPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*daratumumab-hyaluronidase-fihj*)	3	PA; LD; SP
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*trastuzumab-hyaluronidase-oysk*)	3	LD; SP
INQOVI ORAL TABLET (*decitabine-cedazuridine*)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 28 days); SP; OC
LONSURF ORAL TABLET (*trifluridine-tipiracil*)	3; OC	PA; LD; SP; OC
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pertuz-trastuz-hyaluron-zzxf*)	3	PA; LD; SP
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*rituximab-hyaluronidase human*)	3	LD; SP
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*atezolizumab-hyaluronidas-tqjs*)	3	PA; LD; SP
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*daunorubicin-cytarabine lipo*)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC ENZYMES - DRUGS FOR CANCER**		
ASPARLAS INTRAVENOUS SOLUTION (*calaspargase pegol-mknl*)	3	PA; LD
ONCASPAR INJECTION SOLUTION (*pegaspargase*)	3	PA; LD
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (*asparaginase erwinia chry-rywn*)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS - DRUGS FOR CANCER**		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (*lutetium lu 177 dotatate*)	3	PA; LD
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION (*lutetium lu 177 vipivotide tet*)	3	PA; LD
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (*radium ra 223 dichloride*)	3	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANTAGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*degarelix acetate*)	3	PA; LD; QL (2 units per 310 days); SP
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*degarelix acetate*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
ORGOVYX ORAL TABLET (*relugolix*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
IMIDAZOTETRAZINES - DRUGS FOR CANCER**		
TEMODAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*temozolomide*)	2	PA; LD; SP
temozolomide oral capsule 100 mg, 140 mg, 180 mg, 250 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP; OC
temozolomide oral capsule 20 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
temozolomide oral capsule 5 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (3 capsule per 1 day); SP; OC
ISOCITRATE DEHYDROGENASE 1 & 2 (IDH1 & IDH2) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG (*vorasidenib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG (*vorasidenib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ISOCITRATE DEHYDROGENASE-1 (IDH1) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
REZLIDHIA ORAL CAPSULE (*olutasidenib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); OC
TIBSOVO ORAL TABLET (*ivosidenib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ISOCITRATE DEHYDROGENASE-2 (IDH2) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG (*enasidenib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
IDHIFA ORAL TABLET 50 MG (*enasidenib mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
JANUS ASSOCIATED KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
INREBIC ORAL CAPSULE (*fedratinib hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
JAKAFI ORAL TABLET (*ruxolitinib phosphate*)	2; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OJJAARA ORAL TABLET (*momelotinib dihydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
VONJO ORAL CAPSULE (*pacritinib citrate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); OC
LHRH ANALOGS - DRUGS FOR CANCER**		
CAMCEVI SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (*leuprolide mesylate (6 month)*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 24 weekss)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG (*leuprolide acetate (3 month)*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 84 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (*leuprolide acetate (4 month)*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 112 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (*leuprolide acetate (6 month)*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (*leuprolide acetate*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
leuprolide acetate (3 month) intramuscular injectable	3	PA; LD; QL (1 kit per 12 weeks); SP
leuprolide acetate injection kit	1 or 1b*	PA; LD; SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG (*leuprolide acetate*)	5	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (*leuprolide acetate*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (*leuprolide acetate (3 month)*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 22.5 MG (*leuprolide acetate (3 month)*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 84 days); SP
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (*leuprolide acetate (4 month)*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 112 days); SP
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (*leuprolide acetate (6 month)*)	3	PA; LD; QL (1 syringe kit per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (*triptorelin pamoate*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (*triptorelin pamoate*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (*triptorelin pamoate*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG (*goserelin acetate*)	3	PA; LD; QL (1 EA per 84 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG (*goserelin acetate*)	3	PA; LD; QL (1 unit per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPZATO W/50MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (*melphalan hcl*)	3	LD
HEPZATO W/62MM CATHETER INTRA-ARTERIAL SOLUTION RECONSTITUTED (*melphalan hcl*)	3	LD
IFEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ifosfamide*)	3	LD; SP
ifosfamide intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	LD; SP
IFOSFAMIDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3 GM	3	LD; SP
LEUKERAN ORAL TABLET (*chlorambucil*)	2; OC	LD; OC
melphalan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
NITROSOUREAS - DRUGS FOR CANCER**		
carmustine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
GLEOSTINE ORAL CAPSULE (*lomustine*)	3; OC	PA; LD; SP; OC
GLIADEL WAFER IMPLANT WAFER (*carmustine in polifeprosan*)	3	
ZANOSAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*streptozocin*)	3	LD; SP
OLIGONUCLEOTIDE TELOMERASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
RYTELO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*imetelstat sodium*)	3	PA; LD
ORNITHINE DECARBOXYLASE (ODC) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
IWILFIN ORAL TABLET (*eflornithine hcl*)	3; OC	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); OC
OTOPROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
PEDMARK INTRAVENOUS SOLUTION (*sodium thiosulfate*)	3	PA; LD
PHOSPHATIDYLINOSITOL 3-KINASE (PI3K) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*copanlisib hcl*)	3	PA; LD
COPIKTRA ORAL CAPSULE (*duvelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG (*inavolisib*)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG (*inavolisib*)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*alpelisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYDELIG ORAL TABLET (*idelalisib*)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
LYNPARZA ORAL TABLET (*olaparib*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET (*rucaparib camsylate*)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE (*talazoparib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ZEJULA ORAL TABLET (*niraparib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC - DRUGS FOR CANCER**		
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*; OC	LD; OC
megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
RETINOIDS - DRUGS FOR CANCER**		
tretinoin oral capsule	1 or 1b*; OC	LD; OC
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS - DRUGS FOR CANCER**		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG (*elacestrant hydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (*elacestrant hydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
bexarotene oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
TETRAHYDROISOQUINOLINES - DRUGS FOR CANCER**		
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*trabectedin*)	3	LD; SP
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*sacituzumab govitecan-hziy*)	3	PA; LD
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (*irinotecan hcl*)	3	LD; SP
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*topotecan hcl*)	3	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (*selegiline hcl*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
TASMAR ORAL TABLET (*tolcapone*)	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
tolcapone oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
DECARBOXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa oral tablet	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET (*carbidopa*)	3	
LEVODOPA COMBINATIONS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet	1 or 1b*	
DHIVY ORAL TABLET (*carbidopa-levodopa*)	3	
DUOPA ENTERAL SUSPENSION (*carbidopa-levodopa*)	3	PA; LD; SP
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 48.75-195 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (12 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 36.25-145 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (9 capsules per 1 day)
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 61.25-245 MG (*carbidopa-levodopa*)	3	QL (10 capsules per 1 day)
SINEMET ORAL TABLET (*carbidopa-levodopa*)	3	
NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR PARKINSON**		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (*apomorphine hcl*)	5	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	4	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
MIRAPEX ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*pramipexole dihydrochloride*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (*rotigotine*)	3	QL (1 patch per 1 day)
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*	
PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
entacapone oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG (*opicapone*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG (*opicapone*)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg	1 or 1a*	DO
lithium carbonate oral capsule 600 mg	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
lithium carbonate oral tablet	1 or 1a*	DO
lithium oral solution	1 or 1b*	
ANTIPSYCHOTICS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG (*lumateperone tosylate*)	3	ST; DO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG (*lumateperone 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*)	3	AL; QL (6 vials per 28 days)
lurasidone hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	AL
lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; AL
lurasidone hcl oral tablet 60 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE (*pimavanserin tartrate*)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (*pimavanserin tartrate*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG (*cariprazine hcl*)	3	ST; DO
VRAYLAR ORAL CAPSULE 4.5 MG, 6 MG (*cariprazine hcl*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO; AL
ziprasidone hcl oral capsule 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 capsules per 1 day)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL (6 vials per 28 days)
BENZISOXAZOLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG (*iloperidone*)	3	ST; DO
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG (*iloperidone*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET (*iloperidone*)	3	ST; QL (1 pack per 1 year)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (3.5 mL per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (5 mL per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (0.88 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1.32 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (1.75 mL per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML (*paliperidone palmitate*)	3	AL; QL (2.63 mL per 90 days)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO; AL
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (*risperidone*)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er	1 or 1b*	AL; QL (2 injections per 28 days)
risperidone oral solution	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
risperidone oral tablet dispersible 3 mg, 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
BUTYROPHENONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML (*haloperidol decanoate*)	3	AL; QL (5 injections per 30 days)
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/ML (*haloperidol decanoate*)	3	AL; QL (5 ampules per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 injections per 30 days)
haloperidol decanoate intramuscular solution 50 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (5 ampules per 30 days)
haloperidol lactate injection solution	1 or 1b*	AL
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
haloperidol oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
DIBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
clozapine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clozapine oral tablet 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (9 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO; AL
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION (*clozapine*)	3	AL; QL (18 mL per 1 day)
DIBENZO-OXEPINO PYRROLES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (*asenapine*)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
DIBENZOTHIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	DO; AL
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
quetiapine fumarate oral tablet 150 mg	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
DIBENZOXAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ADASUVE INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*loxapine*)	3	AL
loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
loxapine succinate oral capsule 50 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 capsules per 1 day)
DIHYDROINDOLONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
molindone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
molindone hcl oral tablet 25 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
chlorpromazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 30 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (26 mL per 1 day)
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*aripiprazole lauroxil*)	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML (*aripiprazole lauroxil*)	3	AL; QL (1 kit per 60 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML (*aripiprazole lauroxil*)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (*brexpiprazole*)	3	ST; DO
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (*brexpiprazole*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIENBENZODIAZEPINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	AL; QL (3 injections per 1 fill)
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*	DO; AL
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablets per 1 day)
olanzapine oral tablet dispersible 20 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG (*olanzapine pamoate*)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG (*olanzapine pamoate*)	3	AL; QL (1 injections per 28 days)
THIOXANTHENES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
thiothixene oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
thiothixene oral capsule 10 mg	1 or 1b*	PA; QL (6 capsules per 1 day)
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
ANTISEPTICS & DISINFECTANTS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
formaldehyde external solution 10 %	1 or 1b*	
CHLORINE ANTISEPTICS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
BENZALKONIUM CHLORIDE EXTERNAL SOLUTION	3	
IODINE ANTISEPTICS - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS**		
LUGOLS STRONG IODINE EXTERNAL SOLUTION	3	
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIRETROVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BIKTARVY ORAL TABLET (*bictegravir-emtricitab-tenofov*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 400 & 600 MG/2ML (*cabotegravir & rilpivirine*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
CABENUVA INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE 600 & 900 MG/3ML (*cabotegravir & rilpivirine*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 60 days)
CIMDUO ORAL TABLET (*lamivudine-tenofovir*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DELSTRIGO ORAL TABLET (*doravirin-lamivudin-tenofov df*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG (*emtricitabine-tenofovir af*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG (*emtricitabine-tenofovir af*)	2; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
DOVATO ORAL TABLET (*dolutegravir-lamivudine*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
EVOTAZ ORAL TABLET (*atazanavir-cobicistat*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
GENVOYA ORAL TABLET (*elviteg-cobic-emtricit-tenofaf*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
JULUCA ORAL TABLET (*dolutegravir-rilpivirine*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
KALETRA ORAL SOLUTION (*lopinavir-ritonavir*)	3	LD; QL (16 mL per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG (*lopinavir-ritonavir*)	3	LD; QL (10 tablets per 1 day)
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG (*lopinavir-ritonavir*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
lamivudine-zidovudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral solution	1 or 1b*	LD; QL (16 mL per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg	1 or 1b*	LD; QL (10 tablets per 1 day)
lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ODEFSEY ORAL TABLET (*emtricitab-rilpivir-tenofov af*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (*elviteg-cobic-emtricit-tenofdf*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMTUZA ORAL TABLET (*darun-cobic-emtricit-tenofaf*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ ORAL TABLET (*abacavir-dolutegravir-lamivud*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK (*lenacapavir sodium*)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lenacapavir sodium*)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
maraviroc oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SELZENTRY ORAL SOLUTION (*maraviroc*)	3	LD; QL (62 mL per 1 day)
SELZENTRY ORAL TABLET (*maraviroc*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CD4-DIRECTED POST-ATTACHMENT INHIBITOR - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION (*ibalizumab-uiyk*)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days)
ANTIRETROVIRALS - FUSION INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*enfuvirtide*)	2	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - GP120-DIRECTED ATTACHMENT INHIBITOR - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*fostemsavir tromethamine*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - INTEGRASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APRETUDE INTRAMUSCULAR SUSPENSION EXTENDED RELEASE (*cabotegravir*)	3	LD; QL (1 vial per 2 monthss)
ISENTRESS HD ORAL TABLET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL PACKET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (2 packets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (*raltegravir potassium*)	3	LD; QL (24 tablets per 1 day)
TIVICAY ORAL TABLET (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE (*dolutegravir sodium*)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - PROTEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
APTIVUS ORAL CAPSULE (*tipranavir*)	2	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 capsules per 1 day)
atazanavir sulfate oral capsule 300 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 capsule per 1 day)
darunavir oral tablet 600 mg	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
darunavir oral tablet 800 mg	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
fosamprenavir calcium oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
NORVIR ORAL PACKET (*ritonavir*)	3	LD; QL (12 packets per 1 day)
NORVIR ORAL TABLET (*ritonavir*)	3	LD; QL (12 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL SUSPENSION (*darunavir*)	2	LD; QL (14 mL per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG (*darunavir*)	2	LD; QL (6 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (*darunavir*)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
REYATAZ ORAL CAPSULE 200 MG (*atazanavir sulfate*)	3	LD; QL (2 capsules per 1 day)
REYATAZ ORAL CAPSULE 300 MG (*atazanavir sulfate*)	3	LD; QL (1 capsule per 1 day)
REYATAZ ORAL PACKET (*atazanavir sulfate*)	2	LD; QL (5 packets per 1 day)
ritonavir oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (12 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG (*nelfinavir mesylate*)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
VIRACEPT ORAL TABLET 625 MG (*nelfinavir mesylate*)	2	LD; QL (4 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EDURANT ORAL TABLET (*rilpivirine hcl*)	2	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
efavirenz oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
etravirine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
etravirine oral tablet 200 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG (*etravirine*)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 200 MG (*etravirine*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG (*etravirine*)	2	PA; LD; QL (16 tablets per 1 day)
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	LD; QL (1 tablet per 1 day)
nevirapine oral suspension	1 or 1b*	LD; QL (40 mL per 1 day)
nevirapine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
PIFELTRO ORAL TABLET (*doravirine*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PURINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
abacavir sulfate oral solution	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
abacavir sulfate oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ZIAGEN ORAL SOLUTION (*abacavir sulfate*)	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-PYRIMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
emtricitabine oral capsule	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL CAPSULE (*emtricitabine*)	3	LD; QL (1 capsule per 1 day)
EMTRIVA ORAL SOLUTION (*emtricitabine*)	2	LD; QL (29 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL SOLUTION (*lamivudine*)	3	LD; QL (32 mL per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 150 MG (*lamivudine*)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
EPIVIR ORAL TABLET 300 MG (*lamivudine*)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine oral solution	1 or 1b*	LD; QL (32 mL per 1 day)
lamivudine oral tablet 150 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
lamivudine oral tablet 300 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOSIDE ANALOGUES-THYMIDINES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION (*zidovudine*)	2	LD
RETROVIR ORAL CAPSULE (*zidovudine*)	3	LD; QL (6 capsules per 1 day)
RETROVIR ORAL SYRUP (*zidovudine*)	3	LD; QL (64 mL per 1 day)
zidovudine oral capsule	1 or 1b*	LD; QL (6 capsules per 1 day)
zidovudine oral syrup	1 or 1b*	LD; QL (64 mL per 1 day)
zidovudine oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - RTI-NUCLEOTIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
tenofovir disoproxil fumarate oral tablet	1 or 1b*; $0	LD; QL (1 tablet per 1 day)
VIREAD ORAL POWDER (*tenofovir disoproxil fumarate*)	2	LD; QL (8 grams per 1 day)
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (*tenofovir disoproxil fumarate*)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
TYBOST ORAL TABLET (*cobicistat*)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (*nirmatrelvir-ritonavir*)	3	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (*nirmatrelvir-ritonavir*)	3	QL (1 pack per 90 days)
CMV AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
cidofovir intravenous solution	1 or 1b*	LD
foscarnet sodium intravenous solution	1 or 1b*	LD
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (*foscarnet sodium*)	3	LD
GANCICLOVIR INTRAVENOUS SOLUTION	5	LD; SP
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	5	LD; SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	4	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (*maribavir*)	5	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (*letermovir*)	5	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL TABLET (*letermovir*)	5	PA; LD; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*valganciclovir hcl*)	3	LD
VALCYTE ORAL TABLET (*valganciclovir hcl*)	3	LD
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	LD
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPATITIS B AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
adefovir dipivoxil oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (*entecavir*)	5	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
entecavir oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
lamivudine oral tablet 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VEMLIDY ORAL TABLET (*tenofovir alafenamide fumarate*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (*sofosbuvir-velpatasvir*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	4	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	4	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (*ledipasvir-sofosbuvir*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (*sofosbuv-velpatasv-voxilaprev*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (*peginterferon alfa-2a*)	4	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon alfa-2a*)	4	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ribavirin oral capsule	4	LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
ribavirin oral tablet	4	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
HERPES AGENTS - PURINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
acyclovir oral capsule	1 or 1b*	
acyclovir oral suspension	1 or 1b*	
acyclovir oral tablet	1 or 1b*	
acyclovir sodium intravenous solution	1 or 1b*	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm	1 or 1b*	QL (30 tablets per 1 fill)
valacyclovir hcl oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
famciclovir oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
INFLUENZA AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
rimantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
MISC. ANTIVIRALS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (*molnupiravir*)	3	QL (40 capsules per 90 days)
TEMBEXA ORAL SUSPENSION (*brincidofovir*)	3	
TEMBEXA ORAL TABLET (*brincidofovir*)	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION (*tecovirimat*)	3	
TPOXX ORAL CAPSULE (*tecovirimat*)	3	
NEURAMINIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (180 mL per 90 days)
RAPIVAB INTRAVENOUS SOLUTION (*peramivir*)	3	
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*zanamivir*)	2	QL (1 unit per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 30 MG (*oseltamivir phosphate*)	3	QL (20 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL CAPSULE 45 MG, 75 MG (*oseltamivir phosphate*)	3	QL (10 capsule per 90 days)
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*oseltamivir phosphate*)	3	QL (180 mL per 90 days)
PA ENDONUCLEASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*baloxavir marboxil*)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (*baloxavir marboxil*)	3	QL (1 dose pack per 90 days)
RSV AGENTS - NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
ribavirin inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	
VIRAZOLE INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (*ribavirin*)	3	
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ALPHA-BETA BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
carvedilol oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	DO
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 20 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 40 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 80 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml	3	
labetalol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	DO
labetalol hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
labetalol hcl oral tablet 300 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
BETA BLOCKERS CARDIO-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
acebutolol hcl oral capsule	1 or 1b*	
atenolol oral tablet	1 or 1a*	
betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl*)	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	
esmolol hcl intravenous solution 100 mg/10ml	1 or 1b*	
ESMOLOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION 2000 MG/100ML, 2500 MG/250ML	3	
esmolol hcl-sodium chloride intravenous solution	1 or 1b*	
KAPSPARGO SPRINKLE ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE (*metoprolol succinate*)	3	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
metoprolol tartrate intravenous solution	1 or 1a*	
metoprolol tartrate oral tablet	1 or 1a*	
nebivolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (*propranolol hcl*)	3	
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*propranolol hcl sr beads*)	3	QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*propranolol hcl sr beads*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg	1 or 1b*	DO
nadolol oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
pindolol oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
pindolol oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 60 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
propranolol hcl intravenous solution	1 or 1b*	
propranolol hcl oral solution	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
propranolol hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
sotalol hcl (af) oral tablet	1 or 1b*	
SOTALOL HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 80 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 160 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
sotalol hcl oral tablet 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SOTYLIZE ORAL SOLUTION (*sotalol hcl*)	3	
timolol maleate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
timolol maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine besylate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
CARDENE IV INTRAVENOUS SOLUTION (*nicardipine hcl in nacl*)	3	
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (*diltiazem hcl*)	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (*diltiazem hcl*)	3	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION (*clevidipine*)	3	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (*levamlodipine maleate*)	3	ST; DO

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG (*levamlodipine maleate*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 90 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
diltiazem hcl intravenous solution	1 or 1b*	
DILTIAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 2.5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
KATERZIA ORAL SUSPENSION (*amlodipine benzoate*)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
levamlodipine maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nicardipine hcl intravenous solution	3	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
nicardipine hcl oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 90 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nifedipine oral capsule 10 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
nimodipine oral capsule	1 or 1b*	QL (12 capsule per 1 day)
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 20 mg, 8.5 mg	1 or 1b*	DO
nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 25.5 mg, 30 mg, 34 mg, 40 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NORLIQVA ORAL SOLUTION (*amlodipine besylate*)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
NYMALIZE ORAL SOLUTION (*nimodipine*)	3	QL (60 mL per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (*nifedipine*)	3	DO
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (*nifedipine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 90 MG (*nifedipine*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG (*nisoldipine*)	3	DO
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG (*nisoldipine*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (*diltiazem hcl er beads*)	3	DO
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (*diltiazem hcl er beads*)	3	QL (3 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (*diltiazem hcl er beads*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (*diltiazem hcl er beads*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	3	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg	1 or 1b*	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg	1 or 1b*	DO
verapamil hcl er oral tablet extended release 180 mg, 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
verapamil hcl intravenous solution	1 or 1b*	
verapamil hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
verapamil hcl oral tablet 40 mg, 80 mg	1 or 1b*	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG (*verapamil hcl*)	3	DO
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (*verapamil hcl*)	3	QL (2 capsules per 1 day)
VERELAN ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360 MG (*verapamil hcl*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (*verapamil hcl*)	3	DO
VERELAN PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG, 300 MG (*verapamil hcl*)	3	QL (1 capsule per 1 day)
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CARDIAC GLYCOSIDES - DRUGS FOR THE HEART**		
digoxin injection solution	1 or 1b*	
digoxin oral solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg	1 or 1b*	DO
digoxin oral tablet 250 mcg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN INJECTION SOLUTION (*digoxin*)	3	
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (*digoxin*)	2	
INOTROPES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
dobutamine hcl intravenous solution	1 or 1b*	
DOBUTAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
milrinone lactate in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
milrinone lactate intravenous solution	1 or 1b*	
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (*amlodipine-atorvastatin*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (*amlodipine-atorvastatin*)	3	DO
CARDIAC MYOSIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
CAMZYOS ORAL CAPSULE (*mavacamten*)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NEPRILYSIN INHIB (ARNI)-ANGIOTENSIN II RECEPT ANTAG COMB - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE (*sacubitril-valsartan*)	3	QL (8 capsules per 1 day)
ENTRESTO ORAL TABLET (*sacubitril-valsartan*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NITRATE & VASODILATOR COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
BIDIL ORAL TABLET (*isosorb dinitrate-hydralazine*)	3	QL (6 tablets per 1 day)
isosorb dinitrate-hydralazine oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
OPSYNVI ORAL TABLET (*macitentan-tadalafil*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PROSTAGLANDIN - IMPOTENCE AGENTS - DRUGS FOR THE HEART**		
CAVERJECT IMPULSE INTRACAVERNOSAL KIT (*alprostadil (vasodilator)*)	3	PA
CAVERJECT INTRACAVERNOSAL SOLUTION RECONSTITUTED (*alprostadil (vasodilator)*)	3	PA
EDEX INTRACAVERNOSAL KIT (*alprostadil (vasodilator)*)	3	PA
PROSTAGLANDIN VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted	4	PA; LD; SP
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*epoprostenol sodium*)	5	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*treprostinil diolamine*)	5	PA; LD; SP
REMODULIN INJECTION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; SP
treprostinil injection solution	4	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (*treprostinil*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*epoprostenol sodium*)	4	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (*iloprost*)	5	PA; LD; QL (9 mL per 1 day); SP
PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ADEMPAS ORAL TABLET (*riociguat*)	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR - DRUGS FOR THE HEART**		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT (*sotatercept-csrk*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 21 days); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ambrisentan oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
bosentan oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (*macitentan*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (*bosentan*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
alyq oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
sildenafil citrate intravenous solution	4	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sildenafil citrate oral suspension reconstituted	4	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	4	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
tadalafil (pah) oral tablet	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION (*tadalafil (pah)*)	5	PA; LD; QL (10 ml per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*selexipag*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (*selexipag*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (*selexipag*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA
tadalafil oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; QL (30 tablets per 30 days)
vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA
***SEPTAL AGENTS - ABLATION** - DRUGS FOR THE HEART**		
ABLYSINOL INTRA-ARTERIAL SOLUTION (*dehydrated alcohol*)	3	
***SINUS NODE INHIBITORS** - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CORLANOR ORAL SOLUTION (*ivabradine hcl*)	3	PA; QL (4 ampules per 1 day)
ivabradine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
TRANSTHYRETIN STABILIZERS - DRUGS FOR THE HEART**		
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (*tafamidis*)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (*tafamidis meglumine (cardiac)*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
VASOACTIVE SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC) - DRUGS FOR ANGINA**		
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (*vericiguat*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VERQUVO ORAL TABLET 2.5 MG (*vericiguat*)	3	PA; QL (1 tablets per 1 day)
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CEPHALOSPORIN COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
AVYCAZ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ceftazidime-avibactam*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ceftolozane-tazobactam*)	3	
CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefadroxil oral capsule	1 or 1b*	
cefadroxil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefadroxil oral tablet	1 or 1b*	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 3 gm, 500 mg	1 or 1b*	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM, 300 GM	3	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	1 or 1b*	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-4 GM/50ML-%, 2-4 GM/100ML-%	3	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 3-4 gm/150ml-%	3	
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
cephalexin oral capsule	1 or 1a*	
cephalexin oral suspension reconstituted	1 or 1a*	
cephalexin oral tablet	1 or 1a*	
CEPHALOSPORINS - 2ND GENERATION - ANTIBIOTICS**		
CEFACLOR ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR	3	
cefaclor oral capsule	1 or 1b*	
cefaclor oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
CEFOTAN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*cefotetan disodium*)	3	
cefotetan disodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
cefprozil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefprozil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime axetil oral tablet	1 or 1b*	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEPHALOSPORINS - 3RD GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefdinir oral capsule	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cefdinir oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefixime oral capsule	1 or 1b*	
cefixime oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefotaxime sodium injection solution reconstituted	3	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
cefpodoxime proxetil oral tablet	1 or 1b*	
ceftazidime injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftazidime intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	QL (3000 mL per 30 days)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 fills)
CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	QL (1 vial per 30 days)
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 250 mg	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 fills)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	1 or 1b*	QL (60 vials per 30 days)
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	1 or 1b*	QL (1 vial per 30 days)
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (60 IV Bags per 30 days)
tazicef injection solution reconstituted	1 or 1b*	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION (*ceftazidime sodium in dextrose*)	3	
tazicef intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEPHALOSPORINS - 4TH GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefepime hcl injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CEFEPIME HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	1 or 1b*	
CEFEPIME-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
CEPHALOSPORINS - 5TH GENERATION - ANTIBIOTICS**		
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ceftaroline fosamil*)	3	
CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES - ANTIBIOTICS**		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*cefiderocol sulfate tosylate*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN**		
BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
azurette oral tablet	1 or 1b*; $0	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
kariva oral tablet	1 or 1b*; $0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (*norethin-eth estrad-fe biphas*)	2	$0
pimtrea oral tablet	1 or 1b*; $0	
simliya oral tablet	1 or 1b*; $0	
viorele oral tablet	1 or 1b*; $0	
volnea oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
afirmelle oral tablet	1 or 1a*; $0	
altavera oral tablet	1 or 1a*; $0	
alyacen 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
apri oral tablet	1 or 1a*; $0	
aubra eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aurovela fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
aviane oral tablet	1 or 1a*; $0	
ayuna oral tablet	1 or 1a*; $0	
BALCOLTRA ORAL TABLET (*levonorgest-eth estrad-fe bisg*)	3	
balziva oral tablet	1 or 1a*; $0	
BEYAZ ORAL TABLET (*drospiren-eth estrad-levomefol*)	3	
blisovi 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
blisovi fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
blisovi fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
briellyn oral tablet	1 or 1a*; $0	
charlotte 24 fe oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
chateal eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
cryselle-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
cyred eq oral tablet	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
dasetta 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
delyla oral tablet	1 or 1a*; $0	
drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet	1 or 1b*; $0	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
elinest oral tablet	1 or 1a*; $0	
enskyce oral tablet	1 or 1a*; $0	
estarylla oral tablet	1 or 1a*; $0	
ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet	1 or 1a*; $0	
falmina oral tablet	1 or 1a*; $0	
FEMLYV ORAL TABLET DISPERSIBLE (*norethindrone acet-ethinyl est*)	3	$0
norethin ace-eth estrad-fe (Finzala Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; $0	
gemmily oral capsule	1 or 1b*; $0	
hailey 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
hailey fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
isibloom oral tablet	1 or 1a*; $0	
jasmiel oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth estrad-fe bisg (Joyeaux Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
juleber oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
junel fe 24 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kaitlib fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
kalliga oral tablet	1 or 1a*; $0	
kelnor 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kelnor 1/50 oral tablet	1 or 1a*; $0	
kurvelo oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
larin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
layolis fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
lessina oral tablet	1 or 1a*; $0	
levonorgest-eth estradiol-iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
levora 0.15/30 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1.5/30 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1/20 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loryna oral tablet	1 or 1b*; $0	
low-ogestrel oral tablet	1 or 1a*; $0	
lo-zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	
lutera oral tablet	1 or 1a*; $0	
marlissa oral tablet	1 or 1a*; $0	
merzee oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; $0	
microgestin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
mili oral tablet	1 or 1a*; $0	
mono-linyah oral tablet	1 or 1a*; $0	
necon 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
NEXTSTELLIS ORAL TABLET (*drospirenone-estetrol*)	3	$0
nikki oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
norethindrone acet-ethinyl est oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ocella oral tablet	1 or 1b*; $0	
philith oral tablet	1 or 1a*; $0	
portia-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
reclipsen oral tablet	1 or 1a*; $0	
SAFYRAL ORAL TABLET (*drospiren-eth estrad-levomefol*)	3	
sprintec 28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
sronyx oral tablet	1 or 1a*; $0	
syeda oral tablet	1 or 1b*; $0	
tarina 24 fe oral tablet	1 or 1a*; $0	
tarina fe 1/20 eq oral tablet	1 or 1a*; $0	
taysofy oral capsule	1 or 1b*; $0	
TAYTULLA ORAL CAPSULE (*norethin ace-eth estrad-fe*)	3	
norgestrel-ethinyl estradiol (Turqoz Oral Tablet)	1 or 1a*; $0	
TYBLUME ORAL TABLET CHEWABLE (*levonorgestrel-ethinyl estrad*)	3	$0
tydemy oral tablet	1 or 1b*; $0	
vestura oral tablet	1 or 1b*; $0	
vienva oral tablet	1 or 1a*; $0	
vyfemla oral tablet	1 or 1a*; $0	
vylibra oral tablet	1 or 1a*; $0	
wera oral tablet	1 or 1a*; $0	
wymzya fe oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
YASMIN 28 ORAL TABLET (*drospirenone-ethinyl estradiol*)	3	
YAZ ORAL TABLET (*drospirenone-ethinyl estradiol*)	3	
zovia 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - TRANSDERMAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
TWIRLA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*levonorgestrel-eth estradiol*)	3	$0
xulane transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
zafemy transdermal patch weekly	1 or 1b*; $0	
COMBINATION CONTRACEPTIVES - VAGINAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ANNOVERA VAGINAL RING (*segesterone-ethinyl estradiol*)	3	$0
eluryng vaginal ring	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
etonogestrel-ethinyl estradiol (Enilloring Vaginal Ring)	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring	1 or 1b*; $0	
etonogestrel-ethinyl estradiol (Haloette Vaginal Ring)	1 or 1b*; $0	
NUVARING VAGINAL RING (*etonogestrel-ethinyl estradiol*)	3	
CONTINUOUS CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
amethyst oral tablet	1 or 1b*; $0	
dolishale oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 90-20 mcg	1 or 1b*; $0	
COPPER CONTRACEPTIVES - IUD - BIRTH CONTROL PILLS**		
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*copper*)	3	
EMERGENCY CONTRACEPTIVES - BIRTH CONTROL PILLS**		
aftera oral tablet	1 or 1b*; $0	
afterpill oral tablet	1 or 1b*; $0	
CURAE ORAL TABLET (*levonorgestrel*)	1 or 1b*; $0	
econtra one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
ELLA ORAL TABLET (*ulipristal acetate*)	3; $0	
HER STYLE ORAL TABLET (*levonorgestrel*)	1 or 1b*; $0	
levonorgestrel oral tablet	1 or 1b*; $0	
my choice oral tablet	1 or 1b*; $0	
my way oral tablet	1 or 1b*; $0	
new day oral tablet	1 or 1b*; $0	
opcicon one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
option 2 oral tablet	1 or 1b*; $0	
react oral tablet	1 or 1b*; $0	
take action oral tablet	1 or 1b*; $0	
EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ashlyna oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese oral tablet	1 or 1b*; $0	
daysee oral tablet	1 or 1b*; $0	
iclevia oral tablet	1 or 1b*; $0	
introvale oral tablet	1 or 1b*; $0	
jaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
jolessa oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth est & eth est oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet	1 or 1b*; $0	
lojaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
rivelsa oral tablet	1 or 1b*; $0	
setlakin oral tablet	1 or 1b*; $0	
simpesse oral tablet	1 or 1b*; $0	
FOUR PHASE CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
NATAZIA ORAL TABLET (*estradiol valerate-dienogest*)	3	$0
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IMPLANTS - BIRTH CONTROL PILLS**		
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT (*etonogestrel*)	5	LD; SP
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - INJECTABLE - BIRTH CONTROL PILLS**		
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*medroxyprogesterone acetate*)	3	
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*medroxyprogesterone acetate*)	3	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*medroxyprogesterone acetate*)	3; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension	1 or 1b*; $0	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe	1 or 1b*; $0	
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD - BIRTH CONTROL PILLS**		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	5	LD; SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	3	LD; SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	3	LD; SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (*levonorgestrel*)	3	LD; SP
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
camila oral tablet	1 or 1b*; $0	
deblitane oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
errin oral tablet	1 or 1b*; $0	
heather oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 30 MG (*prednisolone sodium phosphate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (*prednisolone sodium phosphate*)	3	DO
PEDIAPRED ORAL SOLUTION (*prednisolone sodium phosphate*)	3	
prednisolone oral solution	1 or 1a*	
prednisolone oral tablet	1 or 1b*	
prednisolone sodium phosphate oral solution	1 or 1a*	
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 10 mg, 30 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	DO
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE (*prednisone*)	3	
prednisone oral solution	1 or 1a*	
prednisone oral tablet	1 or 1a*	
prednisone oral tablet therapy pack	1 or 1a*	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*hydrocortisone sod succinate*)	3	
SOLU-MEDROL (PF) INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*methylprednisolone sodium succ*)	3	
SOLU-MEDROL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*methylprednisolone sodium succ*)	3	
taperdex 12-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 6-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
taperdex 7-day oral tablet therapy pack	1 or 1b*	
TARPEYO ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*budesonide*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
UCERIS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*budesonide*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ZILRETTA INTRA-ARTICULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*triamcinolone acetonide*)	5	PA; LD; QL (1 injection per 1 knee)
MINERALOCORTICOIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
fludrocortisone acetate oral tablet	1 or 1b*	
STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
CELESTONE SOLUSPAN INJECTION SUSPENSION (*betamethasone sod phos & acet*)	3	
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ANTITUSSIVE - NONNARCOTIC - DRUGS FOR ALLERGIES**		
benzonatate oral capsule	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup	1 or 1b*	
OPIOID ANTITUSSIVE-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release	1 or 1b*	AL; QL (120 mL per 1 fill)
promethazine-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (100 mL per 5 days)
TUXARIN ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (*chlorpheniramine-codeine*)	3	AL; QL (10 tablets per 5 days)
OPIOID ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
MAXI-TUSS CD ORAL LIQUID	2	AL; QL (150 mL per 5 days)
POLY-TUSSIN AC ORAL LIQUID	2	AL; QL (300 mL per 5 days)
PRO-RED AC ORAL SYRUP (*phenyleph-dexchlorphen-codeine*)	3	PA
RYDEX ORAL LIQUID (*pseudoeph-bromphen-cod*)	2	AL; QL (450 mL per 5 days)
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN**		
ACNE ANTIBIOTICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
CLEOCIN-T EXTERNAL LOTION (*clindamycin phosphate*)	3	ST; QL (4 mL per 1 day)
clindacin etz external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
clindamycin phosphate (Clindacin External Foam)	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clindacin-p external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
clindamycin phosphate external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clindamycin phosphate external gel	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
clindamycin phosphate external lotion	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
clindamycin phosphate external solution	1 or 1b*	QL (4 mL per 1 day)
clindamycin phosphate external swab	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
dapsone external gel	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
ery external pad	1 or 1b*	QL (2 pads per 1 day)
ERYGEL EXTERNAL GEL (*erythromycin*)	3	QL (60 grams per 30 days)
erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
erythromycin external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
KLARON EXTERNAL LOTION (*sulfacetamide sodium (acne)*)	3	
sulfacetamide sodium (acne) external lotion	1 or 1b*	
ACNE COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.1-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene-benzoyl peroxide external gel 0.3-2.5 %	1 or 1b*	PA; QL (60 grams per 30 days)
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1.2-5 %	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clindamycin phos-benzoyl perox external gel 1-5 %, 1.2-2.5 %, 1.2-3.75 %	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
clindamycin-tretinoin external gel	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
neuac external gel	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
ACNE PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ABSORICA LD ORAL CAPSULE (*isotretinoin micronized*)	3	PA
ABSORICA ORAL CAPSULE (*isotretinoin*)	3	PA
accutane oral capsule	2	PA
adapalene external cream	1 or 1b*	PA; QL (1.5 grams per 1 day)
adapalene external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
adapalene external pad	1 or 1b*	PA; QL (1 swab per 1 day)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (*trifarotene*)	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
amnesteem oral capsule	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION (*tazarotene*)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
claravis oral capsule	2	PA
isotretinoin oral capsule	2	PA
tretinoin external cream	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
zenatane oral capsule	2	PA
AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (*sinecatechins*)	3	ST; QL (30 grams per 28 days)
AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS - DRUGS FOR THE SKIN**		
RENOVA EXTERNAL CREAM (*tretinoin (facial wrinkles)*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (*tretinoin (facial wrinkles)*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ANTIBIOTIC STEROID COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEO-SYNALAR EXTERNAL CREAM (*neomycin-fluocinolone*)	3	
ANTIBIOTICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
gentamicin sulfate external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (*miconazole-zinc oxide-petrolat*)	3	QL (50 grams per 30 days)
ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ciclodan external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
ciclopirox external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ciclopirox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox olamine external cream	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
ciclopirox olamine external suspension	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
nystatin (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 1 %	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 2 %	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external gel	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL (*naftifine hcl*)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
nyamyc external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystatin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystop external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 1 %	1 or 1b*	BE; QL (1000 gm per 30 days)
ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (*mechlorethamine hcl (topical)*)	3	PA; LD; QL (1 tube per 30 days)
ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
CARAC EXTERNAL CREAM (*fluorouracil*)	3	ST; QL (30 gm per 365 days)
EFUDEX EXTERNAL CREAM (*fluorouracil*)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
fluorouracil external cream	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluorouracil external solution	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM (*fluorouracil*)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 3 %	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
PANRETIN EXTERNAL GEL (*alitretinoin*)	3	LD; SP
ANTIPRURITICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
doxepin hcl external cream	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ANTIPSORIATICS - SYSTEMIC - DRUGS FOR THE SKIN**		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
acitretin oral capsule 25 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*secukinumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
methoxsalen rapid oral capsule	1 or 1b*	LD; SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*risankizumab-rzaa*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*risankizumab-rzaa*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (*spesolimab-sbzo*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 1 year)
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*spesolimab-sbzo*)	5	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*ustekinumab*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (*ustekinumab*)	4	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (*ustekinumab*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*ixekizumab*)	5	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ixekizumab*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (*guselkumab*)	4	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 Straight PA no ST embeddeds); SP
ANTIPSORIATICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external foam	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
calcitrene external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcitriol external ointment	1 or 1b*	QL (800 grams per 28 days)
tazarotene external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
tazarotene external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (*tazarotene*)	3	QL (100 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL CREAM 0.3 % (*roflumilast*)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ANTISEBORRHEIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
selenium sulfide external lotion	1 or 1a*	QL (120 mL per 30 days)
ANTIVIRAL TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
XERESE EXTERNAL CREAM (*acyclovir-hydrocortisone*)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
ANTIVIRALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
acyclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
acyclovir external ointment	1 or 1b*	QL (30 gm per 30 days)
DENAVIR EXTERNAL CREAM (*penciclovir*)	3	PA; QL (5 gm per 30 days)
penciclovir external cream	1 or 1b*	PA; QL (5 gm per 30 days)
ZOVIRAX EXTERNAL OINTMENT (*acyclovir*)	3	QL (30 gm per 30 days)
ATOPIC DERMATITIS - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
OPZELURA EXTERNAL CREAM (*ruxolitinib phosphate*)	3	PA; QL (1 tube per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE SKIN**		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*dupilumab*)	4	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*dupilumab*)	4	PA; LD; SP
BURN PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
mafenide acetate external packet	1 or 1b*	
SILVADENE EXTERNAL CREAM (*silver sulfadiazine*)	3	
silver sulfadiazine external cream	1 or 1a*	
ssd external cream	1 or 1a*	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM (*mafenide acetate*)	3	
CORTICOSTEROIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ala-cort external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
alclometasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL (2 grams per 1 day)
amcinonide external cream	3	QL (2 grams per 1 day)
betamethasone dipropionate aug external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone dipropionate aug external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone dipropionate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone dipropionate external ointment	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone valerate external cream	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
betamethasone valerate external foam	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
betamethasone valerate external lotion	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
betamethasone valerate external ointment	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
clobetasol propionate e external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate emulsion external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
clobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external foam	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
clobetasol propionate external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
clobetasol propionate external lotion	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydrocortisone butyrate external ointment	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external solution	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
hydrocortisone external cream 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone external lotion 2.5 %	1 or 1a*	QL (118 mL per 30 days)
hydrocortisone external ointment 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone valerate external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone valerate external ointment	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
mometasone furoate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
mometasone furoate external solution	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
tovet external foam	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external aerosol solution	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external lotion	1 or 1a*	QL (60 mL per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.05 %	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
triamcinolone acetonide external ointment 0.5 %	1 or 1a*	QL (30 grams per 30 days)
triamcinolone in absorbase external ointment	3	ST; QL (430 grams per 30 days)
triderm external cream	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
DEPIGMENTING COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (*fluocin-hydroquinone-tretinoin*)	3	
EMOLLIENT/KERATOLYTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
xirun external gel	3	
ENZYMES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEXOBRID EXTERNAL GEL (*anacaulase-bcdb*)	3	PA; LD; QL (440 grams per 2 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT (*collagenase*)	3	PA; QL (30 grams per 30 days)
GLABELLAR LINES (FROWN LINES) AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
BOTOX COSMETIC INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*onabotulinumtoxina (cosmetic)*)	5	PA; LD
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*daxibotulinumtoxina-lanm*)	5	PA; LD
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*prabotulinumtoxina-xvfs (cosm)*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TISSUE REPLACEMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMNIOFIX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*amniotic membrane allograft*)	3	
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
EPICORD EXTERNAL SHEET 2 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM (*umbilical cord allograft*)	3	
EPIFIX EXTERNAL DISK (*amniotic membrane allograft*)	3	
EPIFIX EXTERNAL SHEET 2 CM X 2 CM , 2 CM X 3 CM , 2 CM X 4 CM , 3 CM X 3 CM , 3 CM X 5 CM , 3.5 CM X 3.5 CM , 4 CM X 3 CM , 4 CM X 4 CM , 4 CM X 6 CM , 5 CM X 5.5 CM , 5 CM X 6 CM , 7 CM X 7 CM (*amniotic membrane allograft*)	3	
EPIFIX MICRONIZED INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*amniotic membrane allograft*)	3	
KARDIAMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
NEOX 100 EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
NEOX CORD 1K EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN FLOW INJECTION INJECTABLE (*amniotic memb-fluid allograft*)	3	
PALINGEN HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN INOVOFLO INJECTION INJECTABLE (*amniotic fluid allograft*)	3	
PALINGEN MEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
PALINGEN XPLUS MEMBRANE EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
STRAVIX EXTERNAL SHEET (*amniotic membrane allograft*)	3	
TRUSKIN EXTERNAL SHEET 4 CM X 8 CM (*skin allograft (human)*)	3	
TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
lidocaine-prilocaine external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
lidocaine-prilocaine external kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (*lidocaine hcl-blood collection*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
DIGESTIVE ENZYMES - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	2	QL (25 capsules per 1 day)
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
SUCRAID ORAL SOLUTION (*sacrosidase*)	5	PA; LD; QL (360 mL per 30 days)
VIOKACE ORAL TABLET (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	3	QL (25 tablets per 1 day)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (*pancrelipase (lip-prot-amyl)*)	2	QL (25 capsules per 1 day)
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour	1 or 1b*	
acetazolamide oral tablet	1 or 1b*	
acetazolamide sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
dichlorphenamide oral tablet	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
methazolamide oral tablet	1 or 1b*	
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet)	4	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
DIURETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1b*	
spironolactone-hctz oral tablet	1 or 1b*	
triamterene-hctz oral capsule	1 or 1a*	
triamterene-hctz oral tablet	1 or 1a*	
LOOP DIURETICS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
bumetanide injection solution	1 or 1b*	
bumetanide oral tablet	1 or 1b*	
BUMEX ORAL TABLET (*bumetanide*)	3	
EDECRIN ORAL TABLET (*ethacrynic acid*)	3	
ethacrynate sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ethacrynic acid oral tablet	1 or 1b*	
FUROSCIX SUBCUTANEOUS CARTRIDGE KIT (*furosemide*)	5	PA; LD; QL (6 kits per 30 days)
furosemide injection solution	1 or 1a*	
furosemide oral solution	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*velmanase alfa-tycv*)	5	PA; LD
BISPHOSPHONATES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ACTONEL ORAL TABLET 150 MG (*risedronate sodium*)	3	QL (0.04 tablets per 1 day)
ACTONEL ORAL TABLET 35 MG (*risedronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
alendronate sodium oral solution	1 or 1b*	QL (10.72 mg per 1 day)
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
alendronate sodium oral tablet 35 mg, 70 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
ATELVIA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*risedronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
BINOSTO ORAL TABLET EFFERVESCENT (*alendronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX ORAL TABLET (*alendronate sodium*)	3	QL (4 tablets per 28 days)
FOSAMAX PLUS D ORAL TABLET (*alendronate-cholecalciferol*)	2	QL (0.15 tablets per 1 day)
ibandronate sodium intravenous solution	4	LD
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	4	LD; SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	4	LD; SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (*zoledronic acid*)	5	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
risedronate sodium oral tablet 150 mg	1 or 1b*	QL (0.04 tablets per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 30 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
risedronate sodium oral tablet 35 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
risedronate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (4 tablets per 28 days)
zoledronic acid intravenous concentrate	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLEDRONIC ACID INTRAVENOUS SOLUTION 4 MG/100ML	4	PA; LD; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	4	PA; LD; QL (100 mL per 375 days); SP
CALCIMIMETIC AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (*etelcalcetide hcl*)	5	PA; LD
CALCITONINS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitonin (salmon) injection solution	4	LD
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (*calcitonin (salmon)*)	5	LD
CARNITINE REPLENISHER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
CARNITOR INTRAVENOUS SOLUTION (*levocarnitine*)	3	
CARNITOR ORAL SOLUTION (*levocarnitine*)	3	
CARNITOR ORAL TABLET (*levocarnitine*)	3	
CARNITOR SF ORAL SOLUTION (*levocarnitine*)	3	
levocarnitine intravenous solution	1 or 1b*	
levocarnitine oral solution	1 or 1b*	
levocarnitine oral tablet	1 or 1b*	
levocarnitine sf oral solution	1 or 1b*	
CKD AGENT-SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XPHOZAH ORAL TABLET (*tenapanor hcl (ckd)*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CORTICOTROPIN - HORMONES**		
ACTHAR GEL SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (*corticotropin*)	4	PA; LD; SP
ACTHAR INJECTION GEL (*corticotropin*)	4	PA; LD; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (*corticotropin*)	4	PA; LD; SP
CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS - HORMONES**		
ISTURISA ORAL TABLET (*osilodrostat phosphate*)	5	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cabergoline oral tablet	1 or 1b*	QL (0.58 tablets per 1 day)
FABRY DISEASE - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELFABRIO INTRAVENOUS SOLUTION (*pegunigalsidase alfa-iwxj*)	5	PA; LD; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*agalsidase beta*)	5	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (*migalastat hcl*)	5	PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)
GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alglucosidase alfa*)	5	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*avalglucosidase alfa-ngpt*)	5	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (*miglustat (gaa deficiency)*)	5	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*cipaglucosidase alfa-atga*)	5	PA; LD; SP
GNRH/LHRH ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cetrorelix acetate subcutaneous kit	4	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (*cetrorelix acetate*)	5	PA; LD; SP
fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	5	PA; LD; SP
ORILISSA ORAL TABLET 150 MG (*elagolix sodium*)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORILISSA ORAL TABLET 200 MG (*elagolix sodium*)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
GROWTH HORMONE RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR GROWTH**		
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pegvisomant*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH) - DRUGS FOR GROWTH**		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*tesamorelin acetate*)	5	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
GROWTH HORMONES - DRUGS FOR GROWTH**		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (*somatropin*)	4	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (*somatropin (non-refrigerated)*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (*somatropin (non-refrigerated)*)	5	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (*lonapegsomatropin-tcgd*)	4	PA; LD; QL (8 cartridges per 28 days); SP
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 13.3 MG, 3 MG, 3.6 MG, 4.3 MG, 5.2 MG, 6.3 MG (*lonapegsomatropin-tcgd*)	4	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
***HEREDITARY OROTIC ACIDURIA TREATMENT - AGENTS** - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
XURIDEN ORAL PACKET (*uridine triacetate*)	3	PA; LD; QL (4 packets per 1 day)
HEREDITARY TYROSINEMIA TYPE 1 (HT-1) TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg	4	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (*vestronidase alfa-vjbk*)	5	PA; LD
NATRIURETIC PEPTIDES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*vosoritide*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NEUROKININ 3 (NK3) RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
VEOZAH ORAL TABLET (*fezolinetant*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NON-STEROIDAL MINERALOCORTICOID RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
KERENDIA ORAL TABLET (*finerenone*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
OVULATION STIMULANTS-GONADOTROPINS - DRUGS FOR WOMEN**		
CHORIONIC GONADOTROPIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; LD; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*follitropin alfa*)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*follitropin alfa*)	4	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*follitropin alfa*)	4	PA; LD; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*menotropins*)	5	PA; LD; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chorionic gonadotropin*)	5	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*choriogonadotropin alfa*)	5	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chorionic gonadotropin*)	5	PA; LD; SP
OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC - DRUGS FOR WOMEN**		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet)	1 or 1b*	PA
clomiphene citrate oral tablet	1 or 1b*	PA
PARATHYROID HORMONE AND DERIVATIVES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*teriparatide*)	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector 600 mcg/2.4ml	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	4	LD; QL (1 pen per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (*abaloparatide*)	4	LD; QL (1 pen per 30 days); SP
PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Packet)	4	PA; LD
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet)	4	PA; LD
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (*pegvaliase-pqpz*)	5	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (*pegvaliase-pqpz*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
sapropterin dihydrochloride oral packet	4	PA; LD; SP
sapropterin dihydrochloride oral tablet	4	PA; LD; SP
RANK LIGAND (RANKL) INHIBITORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*denosumab*)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 180 days); SP
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*denosumab*)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
SCLEROSTIN INHIBITORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
EVENITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*romosozumab-aqqg*)	5	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATORS (SERMS) - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
EVISTA ORAL TABLET (*raloxifene hcl*)	3; $0	QL (1 tablet per 1 day)
OSPHENA ORAL TABLET (*ospemifene*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
raloxifene hcl oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE VASOPRESSIN V2-RECEPTOR ANTAGONISTS - HORMONES**		
JYNARQUE ORAL TABLET (*tolvaptan*)	5	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (*tolvaptan*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
tolvaptan oral tablet 15 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
tolvaptan oral tablet 30 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
SOMATOSTATIC AGENTS - DRUGS FOR GROWTH**		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	5	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*octreotide acetate*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
octreotide acetate injection solution	4	PA; LD; SP
octreotide acetate intramuscular kit 20 mg	4	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
octreotide acetate intramuscular kit 30 mg	4	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (*octreotide acetate*)	5	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (*octreotide acetate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (*octreotide acetate*)	5	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*pasireotide pamoate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pasireotide diaspartate*)	5	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanreotide acetate*)	5	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
UREA CYCLE DISORDER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
AMMONUL INTRAVENOUS SOLUTION (*sod benz-sod phenylacet*)	3	
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLET (*sodium phenylbutyrate*)	5	PA; LD; QL (8 bottles per 30 days); SP
RAVICTI ORAL LIQUID (*glycerol phenylbutyrate*)	3	PA; LD; QL (17.5 mL per 1 day); SP
sod benz-sod phenylacet intravenous solution	1 or 1b*	
sodium phenylbutyrate oral powder	1 or 1b*	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
sodium phenylbutyrate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
VASOPRESSIN - HORMONES**		
DDAVP INJECTION SOLUTION (*desmopressin acetate*)	3	LD
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (*desmopressin acetate*)	3	LD; DO
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (*desmopressin acetate*)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREMPHASE ORAL TABLET (*conj estrog-medroxyprogest ace*)	2	
PREMPRO ORAL TABLET (*conj estrog-medroxyprogest ace*)	2	
ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST - DRUGS FOR WOMAN**		
MYFEMBREE ORAL TABLET (*relugolix-estradiol-norethind*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*elagolix-estradiol-norethind*)	3	PA; QL (1 carton per 28 days)
ESTROGENS - DRUGS FOR WOMEN**		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (*estradiol*)	3	QL (8 patch per 28 days)
CLIMARA TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*estradiol*)	3	QL (4 patches per 28 days)
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL (*estradiol valerate*)	3	
DEPO-ESTRADIOL INTRAMUSCULAR OIL (*estradiol cypionate*)	3	
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 0.25 MG/0.25GM, 0.5 MG/0.5GM, 0.75 MG/0.75GM, 1 MG/GM (*estradiol*)	3	QL (1 packet per 1 day)
DIVIGEL TRANSDERMAL GEL 1.25 MG/1.25GM (*estradiol*)	3	QL (30 packets per 30 days)
dotti transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
ELESTRIN TRANSDERMAL GEL (*estradiol*)	3	QL (52 grams per 30 days)
estradiol oral tablet	1 or 1b*	
estradiol transdermal gel 0.25 mg/0.25gm, 0.5 mg/0.5gm, 0.75 mg/0.75gm, 1 mg/gm	1 or 1b*	QL (1 packet per 1 day)
estradiol transdermal gel 0.75 mg/1.25 gm (0.06%)	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
estradiol transdermal gel 1.25 mg/1.25gm	1 or 1b*	QL (30 packets per 30 days)
estradiol transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
estradiol transdermal patch weekly	1 or 1b*	QL (4 patches per 28 days)
estradiol valerate intramuscular oil	1 or 1b*	
ESTROGEL TRANSDERMAL GEL (*estradiol*)	3	QL (50 grams per 30 days)
EVAMIST TRANSDERMAL SOLUTION (*estradiol*)	2	QL (16.2 mL per 30 days)
lyllana transdermal patch twice weekly	1 or 1b*	QL (8 patch per 28 days)
MENEST ORAL TABLET (*esterified estrogens*)	2	
MENOSTAR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (*estradiol*)	3	QL (4 patches per 28 days)
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*estrogens conjugated*)	2	
PREMARIN ORAL TABLET (*estrogens conjugated*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB - DRUGS FOR WOMEN**		
DUAVEE ORAL TABLET (*conj estrogens-bazedoxifene*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
FLUOROQUINOLONES - ANTIBIOTICS**		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*delafloxacin meglumine*)	3	
BAXDELA ORAL TABLET (*delafloxacin meglumine*)	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*ciprofloxacin*)	3	
CIPRO ORAL TABLET (*ciprofloxacin hcl*)	3	
ciprofloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin intravenous solution	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
levofloxacin oral solution	1 or 1b*	
levofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
moxifloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CHOLBAM ORAL CAPSULE (*cholic acid*)	3	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day)
FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
OCALIVA ORAL TABLET (*obeticholic acid*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
URSO FORTE ORAL TABLET (*ursodiol*)	3	
ursodiol oral capsule 300 mg	1 or 1b*	
ursodiol oral tablet	1 or 1b*	
GASTROINTESTINAL ANTIALLERGY AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
cromolyn sodium oral concentrate	1 or 1b*	
GASTROCROM ORAL CONCENTRATE (*cromolyn sodium*)	3	
GASTROINTESTINAL CHLORIDE CHANNEL ACTIVATORS - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
lubiprostone oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	1 or 1b*	
CITRATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
potassium citrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*potassium citrate*)	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*potassium citrate*)	3	
CYSTINOSIS AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (*cysteamine bitartrate*)	5	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*cysteamine bitartrate*)	5	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (*cysteamine bitartrate*)	5	PA; LD
GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
acetic acid irrigation solution	1 or 1b*	
argyle sterile saline irrigation solution	1 or 1b*	
curity sterile saline irrigation solution	1 or 1b*	
glycine irrigation solution	1 or 1b*	
glycine urologic irrigation solution	1 or 1b*	
RENACIDIN IRRIGATION SOLUTION (*citric ac-gluconolact-mg carb*)	3	
sodium chloride irrigation solution	1 or 1b*	
SORBITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
SORBITOL-MANNITOL IRRIGATION SOLUTION	3	
IGAN AGENTS - ENDOTHELIN & ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAG - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
FILSPARI ORAL TABLET (*sparsentan*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
INTERSTITIAL CYSTITIS AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
ELMIRON ORAL CAPSULE (*pentosan polysulfate sodium*)	3	QL (3 capsules per 1 day)
RIMSO-50 INTRAVESICAL SOLUTION (*dimethyl sulfoxide*)	3	
PHOSPHATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
K-PHOS NO 2 ORAL TABLET (*pot & sod ac phosphates*)	3	
PROSTATIC HYPERTROPHY AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE PROSTATE**		
dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA) - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lumasiran sodium*)	5	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*nedosiran sodium*)	5	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*nedosiran sodium*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 30 days); SP
URINARY STONE AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
LITHOSTAT ORAL TABLET (*acetohydroxamic acid*)	3	
tiopronin oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
tiopronin oral tablet delayed release	1 or 1b*	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
VESICOURETERAL REFLUX (VUR) AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
DEFLUX INJECTION PREFILLED SYRINGE (*dextranomer-hyaluronic acid*)	3	
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
GOUT AGENT COMBINATIONS - GOUT DRUGS**		
colchicine-probenecid oral tablet	1 or 1b*	
GOUT AGENTS - GOUT DRUGS**		
allopurinol oral tablet 100 mg	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
allopurinol oral tablet 300 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
allopurinol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ALOPRIM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*allopurinol sodium*)	3	
colchicine oral tablet	2	QL (2.3 tablet per 1 day)
febuxostat oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GLOPERBA ORAL SOLUTION (*colchicine*)	3	QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (*pegloticase*)	5	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
URICOSURICS - GOUT DRUGS**		
probenecid oral tablet	1 or 1b*	
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
***AGENTS FOR CONGENITAL THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
adzynma intravenous kit	5	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA - DRUGS FOR THE BLOOD**		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (*givosiran sodium*)	5	PA; LD
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (*emicizumab-kxwh*)	5	PA; LD; SP
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil factor (rahf-pfm)*)	5	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (*antihemophil fact single chain*)	5	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor-vwf*)	5	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix*)	5	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (rfixfc)*)	5	PA; LD; SP
ALTUVIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact fc-vwf-xten-ehtl*)	5	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*prothrombin complex human-lans*)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (*coagulation factor ix (recomb)*)	5	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor x (human)*)	5	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (*factor xiii concentrate human*)	5	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact (bdd-rfviiifc)*)	5	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemoph fact rcmb gpeg-exei*)	5	PA; LD; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antiinhibitor coagulant cmplx*)	5	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fibrinogen concentrate (human)*)	5	PA; LD; SP
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	5	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor-vwf*)	5	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (rix-fp)*)	5	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix (recomb)*)	5	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*ahf (bdd-rfviii peg-aucl)*)	5	PA; LD; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (*prothrombin complex conc human*)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	5	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophilic factor*)	5	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (*antihem factor recomb (rfviii)*)	5	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil factor (rahf-pfm)*)	5	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihemophil fact bd truncated*)	5	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor viia recomb*)	5	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,sim)*)	5	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem fact (bdd-rfviii,sim)*)	5	PA; LD; SP
obizur intravenous solution reconstituted	5	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*factor ix complex*)	5	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor ix glycopeg*)	5	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*antihem factor recomb (rfviii)*)	5	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*fibrinogen concentrate (human)*)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	5	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor viia-jncw*)	5	PA; LD; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*coagulation factor xiii a-sub*)	5	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*von willebrand factor (recomb)*)	5	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (*antihemophilic factor-vwf*)	5	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,mor)*)	5	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (*antihem fact (bdd-rfviii,mor)*)	5	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTI-VON WILLEBRAND FACTOR AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CABLIVI INJECTION KIT (*caplacizumab-yhdp*)	5	PA; LD
BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe	4	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
C1 ESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	5	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*c1 esterase inhibitor (human)*)	5	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	5	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (*c1 esterase inhibitor (human)*)	5	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*c1 esterase inhibitor (recomb)*)	5	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
COMPLEMENT C1 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (*sutimlimab-jome*)	5	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (*pegcetacoplan*)	5	PA; LD; QL (200 mL per 30 days)
COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PIASKY INJECTION SOLUTION (*crovalimab-akkz*)	5	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (*eculizumab*)	5	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (*ravulizumab-cwvz*)	5	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (*pozelimab-bbfg*)	5	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*zilucoplan sodium*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)
COMPLEMENT C5A INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
gohibic intravenous solution	3	
COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAVNEOS ORAL CAPSULE (*avacopan*)	5	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FABHALTA ORAL CAPSULE (*iptacopan hcl*)	5	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
VOYDEYA ORAL TABLET (*danicopan*)	5	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (*danicopan*)	5	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
DIRECT-ACTING P2Y12 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BRILINTA ORAL TABLET (*ticagrelor*)	2	QL (2 tablets per 1 day)
KENGREAL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*cangrelor tetrasodium*)	3	
GLYCOPROTEIN IIB/IIIA RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
AGGRASTAT INTRAVENOUS CONCENTRATE (*tirofiban hcl*)	3	
AGGRASTAT INTRAVENOUS SOLUTION (*tirofiban hcl in nacl*)	3	
eptifibatide intravenous solution	1 or 1b*	
tirofiban hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEMATORHEOLOGIC AGENTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
pentoxifylline er oral tablet extended release	1 or 1b*	
HEMIN - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PANHEMATIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*hemin*)	3	LD
HUMAN PROTEIN C - DRUGS FOR THE BLOOD**		
CEPROTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*protein c concentrate (human)*)	5	LD; SP
PHOSPHODIESTERASE III INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
cilostazol oral tablet	1 or 1b*	
PLASMA EXPANDERS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (*hetastarch-electrolytes*)	3	
lmd in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
lmd in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanadelumab-flyo*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMINO ACIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
l-glutamine oral packet	4	PA; LD; SP
COBALAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*	
dodex injection solution	1 or 1a*	
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*	
CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR NUTRITION**		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*motixafortide acetate*)	5	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (*plerixafor*)	5	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	4	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (*mavorixafor*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
CYTOTOXIC AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
DROXIA ORAL CAPSULE (*hydroxyurea*)	2	
SIKLOS ORAL TABLET (*hydroxyurea*)	3	PA; LD; SP
ERYTHROID MATURATION AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*luspatercept-aamt*)	5	PA; LD; SP
ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS) - DRUGS FOR NUTRITION**		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (*darbepoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.4ML, 100 MCG/0.5ML, 150 MCG/0.3ML, 200 MCG/0.4ML, 25 MCG/0.42ML, 300 MCG/0.6ML, 40 MCG/0.4ML, 60 MCG/0.3ML (*darbepoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (*darbepoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa*)	5	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*methoxy peg-epoetin beta*)	5	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (*epoetin alfa-epbx*)	4	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ARTISS EXTERNAL KIT (*fibrin sealant component*)	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (*fibrin sealant component*)	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl-gelatin*)	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl-gelatin*)	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl-gelatin*)	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (*thrombin-cmc-cacl*)	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT (*fibrin sealant component*)	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (*fibrin sealant component*)	3	
HEMOSTATICS - SYSTEMIC - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (*tranexamic acid*)	3	
tranexamic acid intravenous solution	1 or 1b*	
tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
HEMOSTATICS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (*absorbable collagen hemostat*)	3	
AVITENE EXTERNAL PAD (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL (*absorbable collagen hemostat*)	3	
GELFILM EXTERNAL FILM (*gelatin absorbable*)	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (*gelatin absorbable*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INSTAT EXTERNAL PAD (*absorbable collagen hemostat*)	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin (recombinant)*)	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin (recombinant)*)	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD (*oxidized cellulose*)	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (*absorbable collagen hemostat*)	3	
TACHOSIL EXTERNAL PATCH (*absorbable fibrin sealant*)	3	
THROMBIN-JMI EPISTAXIS EXTERNAL KIT (*thrombin*)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL KIT (*thrombin*)	3	
THROMBIN-JMI EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin*)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL KIT (*thrombin*)	3	
THROMBOGEN EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (*thrombin*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (*microfibrillar coll hemostat*)	3	
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
BARBITURATE HYPNOTICS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
IGALMI SUBLINGUAL FILM (*dexmedetomidine hcl*)	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (*dexmedetomidine hcl in nacl*)	3	
SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (*tasimelteon*)	5	PA; LD; QL (5 mL per 1 day)
ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
tasimelteon oral capsule	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BOWEL EVACUANT COMBINATIONS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
CLENPIQ ORAL SOLUTION (*sod picosulfate-mag ox-cit acd*)	3	QL (350 mL per 30 days)
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf*)	1 or 1a*; $0	QL (1 bottle per 30 days)
gavilyte-g oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl (Gavilyte-N With Flavor Pack Oral Solution Reconstituted)	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg 3350-kcl-nabcb-nacl-nasulf*)	3	QL (4000 grams per 30 days)
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c*)	3	QL (1 gram per 30 days)
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution	1 or 1b*; $0	QL (1 kit per 30 days)
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted	1 or 1a*; $0	QL (4000 grams per 30 days)
peg-3350/electrolytes/ascorbat oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c oral solution reconstituted	1 or 1b*; $0	QL (1 gram per 30 days)
PEG-PREP ORAL KIT (*bisacodyl-peg-kcl-nabicar-nacl*)	3	QL (1 kit per 30 days)
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c*)	3	QL (1 gram per 30 days)
SUTAB ORAL TABLET (*sodium sulfate-mag sulfate-kcl*)	2	QL (24 tablets per 30 days)
LAXATIVES - MISCELLANEOUS - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
constulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
cvs purelax oral packet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cvs purelax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq laxative oral packet	1 or 1b*; $0	
eql clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
ft clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
gavilax oral powder	1 or 1b*; $0	
gentlelax oral powder	1 or 1b*; $0	
glycolax oral powder	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral packet	1 or 1b*; $0	
gnp clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
goodsense clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
healthylax oral packet	1 or 1b*; $0	
hm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
kls laxaclear oral powder	1 or 1b*; $0	
KRISTALOSE ORAL PACKET (*lactulose*)	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET	3	ST; QL (2 packets per 1 day)
lactulose oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
mm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
peg 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral packet	1 or 1b*; $0	
polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
qc natura-lax oral powder	1 or 1b*; $0	
ra laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
sb polyethylene glycol 3350 oral powder	1 or 1b*; $0	
sm clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
smooth lax oral packet	1 or 1b*; $0	
smooth lax oral powder	1 or 1b*; $0	
true laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
LUBRICANT LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
mineral oil heavy oral oil	1 or 1b*	
SALINE LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
citrate of magnesia oral solution	1 or 1a*; $0	
citroma oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
eql gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ex-lax ultra oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
FLEET STIMULANT ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*bisacodyl*)	1 or 1a*; $0	
ft laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense bisacodyl ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp bisacodyl oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sb bisacodyl laxative ec oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sb gentle lax-women oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
sm gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
womans laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
womens laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
LOCAL ANESTHETIC & SYMPATHOMIMETIC - DRUGS FOR SEDATION**		
articadent dental injection solution cartridge	3	
bupivacaine-epinephrine (pf) injection solution	1 or 1b*	
bupivacaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine (pf) injection solution 1.5 %-1:200000	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine injection solution	1 or 1b*	
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (*bupivacaine-epinephrine*)	3	
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (*bupivacaine-epinephrine*)	3	
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (*articaine-epinephrine*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (*azithromycin*)	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (*azithromycin*)	3	
CLARITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
clarithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
clarithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ERYTHROMYCINS - ANTIBIOTICS**		
e.e.s. 400 oral tablet	1 or 1b*	
ery-tab oral tablet delayed release	1 or 1b*	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*erythromycin lactobionate*)	3	
erythromycin base oral capsule delayed release particles	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet delayed release	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin oral tablet delayed release	1 or 1b*	
FIDAXOMICIN - ANTIBIOTICS**		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*fidaxomicin*)	3	QL (1 bottle per 30 days)
DIFICID ORAL TABLET (*fidaxomicin*)	3	QL (20 tablets per 1 fill)
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CERVICAL CAPS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (*cervical caps*)	2; $0	
CONDOMS - FEMALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FC2 FEMALE CONDOM (*condoms - female*)	2; $0	QL (12 units per 1 fill)
CONDOMS - MALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
aimsco lubricated	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
condoms	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DUREX REALFEEL DEVICE (*condoms non-latex lubricated*)	2; $0	
DUREX TROPICAL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
FANTASY LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
KAMELEON LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
kimono	2; $0	
KIMONO COLORS DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
KIMONO MAXX-LARGE FLARE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
kimono micro thin	2; $0	
kimono micro thin plus	2; $0	
kimono plus	2; $0	
kimono ps	2; $0	
kimono ps plus	2; $0	
kimono sensation	2; $0	
kimono sensation plus	2; $0	
KIMONO SPECIAL DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
maxx	2; $0	
maxx plus	2; $0	
REALITY LATEX CONDOMS (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
REALITY LATEX/ULTRA THIN DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ENZ (*condoms latex non-lubricated*)	2; $0	
TROJAN MAGNUM (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN-ENZ LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
true cover device	2; $0	
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX NON-LUBRICATED (*condoms latex non-lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX RIA LUBRICATED (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED (*condoms latex non-lubricated*)	2; $0	
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DENTAL DESENSITIZING PRODUCTS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
REMESENSE DENTAL (*dental desensitizing product*)	3	
DENTIFRICES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
MI PASTE DENTAL PASTE (*dentifrices*)	3	
MI PASTE PLUS DENTAL PASTE (*dentifrices*)	3	
DIAPHRAGMS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CAYA VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm arc-spring*)	2; $0	
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragms*)	3; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLUCOSE MONITORING TEST SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
adjustable lancing device	2	
ADVANCED MOBILE LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING (*lancet devices*)	2	
ADVOCATE SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AUTO-LANCET (*lancet devices*)	2	
AUTO-LANCET MINI (*lancet devices*)	2	
AUTOLET II CLINISAFE KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
AUTOLET LITE CLINISAFE KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AUTOLET LITE STARTER PACK KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET MINI (*lancet devices*)	2	
AUTOLET PLATFORMS (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET PLUS (*lancet devices*)	2	
BD MICROTAINER LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARDIOCOM LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
careone advanced lancing dev	2	
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CAREONE LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARESENS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH LANCING/EJECTOR (*lancet devices*)	2	
CARETOUCH SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CHOSEN LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEANLET LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHEK LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CVS LANCETS MICRO THIN 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ORIGINAL	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
cvs lancing device	2	
CVS ULTRA THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
DEXCOM G6 RECEIVER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
DEXCOM G6 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (3 units per 30 days)
DEXCOM G6 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	2	PA; QL (1 unit per 90 days)
DEXCOM G7 RECEIVER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 receiver per 1 year)
DEXCOM G7 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (3 sensors per 30 days)
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DIATHRIVE LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DROPLET LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
DRUG MART UNILET LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP	2	QL (204 lancets per 30 days)
easy mini eject lancing device	2	
easy mini lancing device	2	
EASY TOUCH LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EASY TOUCH LANCETS 32G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
embrace lancing device/ejector	2	
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ENLITE GLUCOSE SENSOR (*continuous glucose sensor*)	3	PA
EQL COLOR LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL SUPER THIN LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EQL THIN LANCETS 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER (*continuous glucose sensor*)	3	QL (1 sensor per 1 year)
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT (*continuous glucose transmitter*)	3	QL (1 transmitter per 1 year)
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER (*continuous glucose sensor*)	3	PA
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (*continuous glucose sensor*)	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
E-Z JECT LANCETS THIN 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 26G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
EZ-LETS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FINGERSTIX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FORA LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FORA LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
FREESTYLE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 kits per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 2 READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 reader per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 units per 28 days)
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 sensors per 30 days)
FREESTYLE LIBRE 3 READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 1 year)
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR (*continuous glucose sensor*)	2	PA; QL (2 sensors per 28 days)
FREESTYLE LIBRE READER DEVICE (*continuous glucose receiver*)	2	PA; QL (1 unit per 365 days)
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL NOZZLES (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) (*lancet devices*)	2	
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) (*lancet devices*)	2	
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
global lancing device	2	
GLUCOCOM LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GLUCOCOM LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCETS 21G	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GNP LANCETS THIN 26G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP LANCING SYSTEM DEVICE (*lancet devices*)	2	
GNP STERILE LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GNP STERILE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP (*lancet devices*)	2	
GOJJI STERILE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV	2	QL (204 lancets per 30 days)
goodsense lancing device	2	
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR (*continuous glucose sensor*)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN 4 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (1 unit per 1 year)
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA; QL (2 units per 1 year)
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (*continuous glucose receiver*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (*continuous glucose sensor*)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HEALTH CARE LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
h-e-b incontrol adv lancing	2	
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
HYPOLANCE AST LANCING KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
HY-VEE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS STANDARD	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
LONGS LANCETS ULTRA THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS LITE 25G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MEIJER SUPER THIN LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MICROLET NEXT LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
mini lancing device	2	
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
MM LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
MM TWIST LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
multi-lancet device	2	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
twist top lancets 30g	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTI-LANCE AUTOMATIC (*lancet devices*)	2	
ULTILET CLASSIC LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTILET SAFETY LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA THIN LANCETS 31G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-CARE LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II AUTO LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ULTRA-THIN II LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET COMFORTOUCH LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET EXCELITE II (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET GP 28 ULTRA THIN (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET MICRO-THIN 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPERLITE LANCET (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET SUPER-THIN 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNILET ULTRA-THIN 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 1 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 COMFORT (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 EXTRA (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NEONATAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 SUPER (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 COMFORT (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 EXTRA (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 NEONATAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PRO COMFORT PEN NEEDLES 32G X 4 MM , 32G X 5 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PRODIGY INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PURE COMFORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
pure comfort safety pen needle	3	QL (200 needles per 30 days)
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
PX MINI PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
PX PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RA INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RA PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
raya sure pen needle	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
RELION MINI PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
RELION SHORT PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
safety pen needles	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SB INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE INSULIN SYRINGE (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
SURE COMFORT PEN NEEDLES 29G X 12.7MM , 30G X 8 MM , 31G X 5 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
sure comfort pen needles 31g x 6 mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE PEN NEEDLES 29G X 12MM , 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	
TECHLITE PEN NEEDLES 31G X 8 MM , 32G X 6 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNIFINE PENTIPS PLUS (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML, 29G X 5/16" 1 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 30G X 3/16" 0.5 ML, 30G X 3/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 29G X 12MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM , 32G X 6 MM (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 31G X 5 MM (*insulin pen needle*)	3	QL (200 needles per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE INSULIN SYRINGE 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (*insulin syringe-needle u-100*)	3	QL (200 syringes per 30 days)
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE (*insulin pen needle*)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
VP INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
ZEVRX INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
ZEVRX PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
CALCITONIN GENE-RELATED PEPTIDE RECEPTOR ANTAG (CGRP) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE (*rimegepant sulfate*)	2	PA; QL (8 tablets per 30 days)
QULIPTA ORAL TABLET (*atogepant*)	2	PA; QL (1 tablet per 1 day)
UBRELVY ORAL TABLET (*ubrogepant*)	2	ST; QL (16 tablets per 30 days)
CGRP RECEPTOR ANTAGONISTS - MONOCOLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*erenumab-aooe*)	3	PA; QL (1 autoinjector per 28 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*fremanezumab-vfrm*)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)
AJOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*fremanezumab-vfrm*)	3	PA; QL (3 syringes per 90 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CALCIUM COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 1-0.8 GM/100ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	3	
CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ELECTROLYTES & DEXTROSE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	3	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %	3	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-mb in dextrose*)	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-p in dextrose*)	3	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	1 or 1b*	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	3	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-m in dextrose*)	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-r in dextrose*)	3	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution	1 or 1b*	
ELECTROLYTES PARENTERAL - DRUGS FOR NUTRITION**		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-s*)	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-s (ph 7.4)*)	3	
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%	1 or 1b*	
kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	1 or 1b*	
KCL (0.298%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	1 or 1b*	
lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution	1 or 1b*	
multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution	1 or 1b*	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-r*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-r (ph 7.4)*)	3	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-a*)	3	
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-0.45 MEQ/L-%, 40-0.9 MEQ/L-%	3	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	3	
ringers intravenous solution	1 or 1b*	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE (*parenteral electrolytes*)	3	
FLUORIDE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
FLORIVA ORAL LIQUID (*sodium fluoride-vitamin d*)	3	
FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
sodium fluoride oral solution	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet	1 or 1a*; $0	
sodium fluoride oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
MAGNESIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
MAGNESIUM SULFATE IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION SOLUTION	1 or 1b*	
MAGNESIUM SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
MANGANESE - DRUGS FOR NUTRITION**		
manganese chloride intravenous solution	1 or 1b*	
PHOSPHATE - DRUGS FOR NUTRITION**		
GLYCOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION (*sodium glycerophosphate*)	3	
K-PHOS ORAL TABLET (*potassium phosphate monobasic*)	2	
K-PHOS-NEUTRAL ORAL TABLET (*k phos mono-sod phos di & mono*)	3	
phospha 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
phosphorous oral tablet	1 or 1b*	
phospho-trin 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
phospho-trin k500 oral tablet	1 or 1b*	
POTASSIUM PHOSPHATES INTRAVENOUS SOLUTION 15 MMOLE/5ML, 150 MMOLE/50ML	3	
potassium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml	1 or 1b*	
potassium phosphates(66 meq k) intravenous solution	3	
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
sodium phosphates intravenous solution	1 or 1b*	
wes-phos 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POTASSIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
klor-con 10 oral tablet extended release	1 or 1b*	
klor-con m10 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m15 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m20 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con oral packet	1 or 1b*	
klor-con oral tablet extended release	1 or 1b*	
K-TAB ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (*potassium chloride*)	3	
POTASSIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
potassium chloride crys er oral tablet extended release	1 or 1a*	
potassium chloride er oral capsule extended release	1 or 1b*	
potassium chloride er oral tablet extended release	1 or 1b*	
POTASSIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10 MEQ/100ML, 10 MEQ/50ML, 20 MEQ/100ML, 20 MEQ/50ML, 40 MEQ/100ML	3	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml	1 or 1b*	
potassium chloride oral packet	1 or 1b*	
potassium chloride oral solution	1 or 1b*	
SODIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
aquastat intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush (Aquastat Sfr Intravenous Solution)	1 or 1b*	
bd posiflush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride flush (Bd Posiflush Safescrub Intravenous Solution)	1 or 1b*	
monoject flush syringe intravenous solution	1 or 1b*	
monoject sodium chloride flush intravenous solution	1 or 1b*	
normal saline flush intravenous solution	1 or 1b*	
saline flush intravenous solution	1 or 1b*	
sodium chloride (pf) injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride injection solution	1 or 1b*	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 3 %, 5 %	1 or 1b*	
TRACE MINERAL COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (*trace minerals cr-cu-mn-zn*)	3	
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION (*trace minerals cu-mn-se-zn*)	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (*trace minerals cr-cu-mn-se-zn*)	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (*trace minerals cu-mn-se-zn*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRACE MINERALS - DRUGS FOR NUTRITION**		
chromic chloride intravenous solution	1 or 1b*	
cupric chloride intravenous solution	3	
SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 12 MCG/2ML, 60 MCG/ML	3	
SELENIOUS ACID INTRAVENOUS SOLUTION 40 MCG/ML	1 or 1b*	
ZINC - DRUGS FOR NUTRITION**		
GALZIN ORAL CAPSULE (*zinc acetate (oral)*)	3	
zinc chloride intravenous solution	3	
zinc sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS**		
ACTIVATED PHOSPHOINOSITIDE 3-KINASE DELTA SYNDROME AGENT - VITAMINS AND MINERALS**		
JOENJA ORAL TABLET (*leniolisib phosphate*)	5; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
ANTILEPROTICS - VITAMINS AND MINERALS**		
THALOMID ORAL CAPSULE (*thalidomide*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
B-LYMPHOCYTE STIMULATOR (BLYS)-SPECIFIC INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*belimumab*)	5	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*belimumab*)	5	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*belimumab*)	5	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
CHELATING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (*penicillamine*)	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
penicillamine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
trientine hcl oral capsule 250 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY (CRRT) SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (*bicarb-dextrose-k (crrt)*)	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (*bicarb-dextrose-ca (crrt)*)	3	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (*bicarb-dextrose-k (crrt)*)	3	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (*bicarb-dextrose-k-ca (crrt)*)	3	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (*bicarb-dextose-k-mg (crrt)*)	3	
PRISMASOL BGK 4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (*bicarb-dextrose-k-ca (crrt)*)	3	
PRISMASOL BK 0/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (*bicarb-mg (crrt)*)	3	
CYCLOSPORINE ANALOGS - VITAMINS AND MINERALS**		
cyclosporine modified oral capsule	1 or 1b*	LD
cyclosporine modified oral solution	1 or 1b*	LD
cyclosporine oral capsule	1 or 1b*	LD
gengraf oral capsule	1 or 1b*	LD
gengraf oral solution	1 or 1b*	LD
LUPKYNIS ORAL CAPSULE (*voclosporin*)	5	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
NEORAL ORAL CAPSULE (*cyclosporine modified*)	3	LD
NEORAL ORAL SOLUTION (*cyclosporine modified*)	3	LD
SANDIMMUNE INTRAVENOUS SOLUTION (*cyclosporine*)	3	LD; SP
SANDIMMUNE ORAL CAPSULE (*cyclosporine*)	3	LD
ENZYMES - VITAMINS AND MINERALS**		
AMPHADASE INJECTION SOLUTION (*hyaluronidase bovine*)	3	
HYLENEX INJECTION SOLUTION (*hyaluronidase human*)	3	
XIAFLEX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*collagenase clostrid histolyt*)	5	PA; LD; SP
FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (*lonafarnib*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
FECAL INCONTINENCE BULKING AGENT - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
SOLESTA INJECTION GEL (*dextranomer-sodium hyaluronate*)	5	LD; SP
IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION (*lymphocyte,anti-thymo imm glob*)	3	LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*anti-thymocyte glob (rabbit)*)	3	LD; SP
IMMUNOMODULATORS - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*efgartigimod alfa-hyalur-qvfc*)	5	PA; LD; QL (4 vials per 50 days); SP
IMMUNOMODULATORS FOR MYELODYSPLASTIC SYNDROMES - VITAMINS AND MINERALS**		
lenalidomide oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
REVLIMID ORAL CAPSULE (*lenalidomide*)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
INOSINE MONOPHOSPHATE DEHYDROGENASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
CELLCEPT INTRAVENOUS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*mycophenolate mofetil hcl*)	3	LD; SP
CELLCEPT ORAL CAPSULE (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD
CELLCEPT ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD
CELLCEPT ORAL TABLET (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD
mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mycophenolate mofetil intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mycophenolate mofetil oral capsule	1 or 1b*	LD
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	LD
mycophenolate mofetil oral tablet	1 or 1b*	LD
mycophenolate sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	LD
mycophenolic acid oral tablet delayed release	1 or 1b*	LD
MYFORTIC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*mycophenolate sodium*)	3	LD
MYHIBBIN ORAL SUSPENSION (*mycophenolate mofetil*)	3	ST; LD
INTERLEUKIN-6 (IL-6) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
SYLVANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*siltuximab*)	5	PA; LD; SP
IRRIGATION SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
argyle sterile water irrigation solution	1 or 1b*	
lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*	
physiolyte irrigation solution	1 or 1b*	
physiosol irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
tis-u-sol irrigation solution	1 or 1b*	
water for irrigation, sterile irrigation solution	1 or 1b*	
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tacrolimus*)	3	LD
ENVARSUS XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*tacrolimus*)	3	LD
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg	1 or 1b*	LD
PROGRAF INTRAVENOUS SOLUTION (*tacrolimus*)	2	LD; SP
PROGRAF ORAL CAPSULE (*tacrolimus*)	3	LD
PROGRAF ORAL PACKET (*tacrolimus*)	3	LD
RAPAMUNE ORAL SOLUTION (*sirolimus*)	3	LD
RAPAMUNE ORAL TABLET (*sirolimus*)	3	LD
sirolimus oral solution	1 or 1b*	LD
sirolimus oral tablet	1 or 1b*	LD
tacrolimus oral capsule	1 or 1b*	LD
ZORTRESS ORAL TABLET (*everolimus*)	3	LD
MONOCLONAL ANTIBODIES - VITAMINS AND MINERALS**		
ENSPRYNG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*satralizumab-mwge*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (*emapalumab-lzsg*)	3	PA; LD; SP
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*basiliximab*)	3	LD
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION (*inebilizumab-cdon*)	5	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (*rozanolixizumab-noli*)	5	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (*rozanolixizumab-noli*)	5	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (*efgartigimod alfa-fcab*)	5	PA; LD; QL (12 vials per 50 days); SP
PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB - VITAMINS AND MINERALS**		
VIJOICE ORAL PACKET (*alpelisib*)	5	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (*alpelisib*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (*alpelisib*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
POTASSIUM REMOVING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM (*sodium zirconium cyclosilicate*)	3	QL (34 packets per 30 days)
LOKELMA ORAL PACKET 5 GM (*sodium zirconium cyclosilicate*)	3	QL (3 packets per 1 day)
sodium polystyrene sulfonate oral powder	1 or 1b*	
sps (sodium polystyrene sulf) rectal suspension	1 or 1b*	
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM (*patiromer sorbitex calcium*)	3	QL (8 packets per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM (*patiromer sorbitex calcium*)	3	QL (1 packet per 1 day)
VELTASSA ORAL PACKET 8.4 GM (*patiromer sorbitex calcium*)	3	QL (3 packets per 1 day)
PROSTAGLANDINS - VITAMINS AND MINERALS**		
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (*alprostadil*)	3	
PURINE ANALOGS - VITAMINS AND MINERALS**		
azasan oral tablet	1 or 1b*	LD
azathioprine oral tablet	1 or 1b*	LD
AZATHIOPRINE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	LD
IMURAN ORAL TABLET (*azathioprine*)	3	LD
ROCK INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
REZUROCK ORAL TABLET (*belumosudil mesylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
SCLEROSING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ASCLERA INTRAVENOUS SOLUTION (*polidocanol*)	3	
ETHAMOLIN INTRAVENOUS SOLUTION (*ethanolamine oleate*)	3	
sodium tetradecyl sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
SOTRADECOL INTRAVENOUS SOLUTION 1 % (*sodium tetradecyl sulfate*)	1 or 1b*	
sotradecol intravenous solution 3 %	1 or 1b*	
VARITHENA INTRAVENOUS FOAM (*polidocanol*)	3	
SELECTIVE T-CELL COSTIMULATION BLOCKERS - VITAMINS AND MINERALS**		
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*belatacept*)	3	PA; LD
TYPE I INTERFERON (IFN) RECEPTOR ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
SAPHNELO INTRAVENOUS SOLUTION (*anifrolumab-fnia*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fraiche 5000 dental dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS DENTAL PASTE (*sodium fluoride*)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH DENTAL GEL (*sodium fluoride*)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT 5000 KIDS DENTAL PASTE (*sodium fluoride*)	3	QL (3.7 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE DENTAL PASTE (*sodium fluoride*)	3	QL (3.77 grams per 1 day)
PREVIDENT 5000 PLUS DENTAL CREAM (*sodium fluoride*)	3	QL (3.4 grams per 1 day)
PREVIDENT DENTAL GEL (*sodium fluoride*)	3	QL (100 grams per 30 days)
PREVIDENT MOUTH/THROAT SOLUTION (*sodium fluoride*)	3	
sf 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sf dental gel	1 or 1a*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 plus dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride 5000 ppm dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
sodium fluoride 5000 ppm dental paste	1 or 1b*	QL (3.77 grams per 1 day)
sodium fluoride dental cream	1 or 1b*	QL (3.4 grams per 1 day)
sodium fluoride mouth/throat solution	1 or 1a*	
SALIVA STIMULANTS - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
cevimeline hcl oral capsule	1 or 1b*	
EVOXAC ORAL CAPSULE (*cevimeline hcl*)	3	
pilocarpine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SALAGEN ORAL TABLET (*pilocarpine hcl*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
STEROIDS - MOUTH/THROAT/DENTAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
triamcinolone acetonide (Kourzeq Mouth/Throat Paste)	1 or 1b*	
oralone mouth/throat paste	1 or 1b*	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste	1 or 1b*	
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
B-COMPLEX VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-b12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex plus b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-c-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
dialyvite 800 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C ORAL TABLET	1 or 1b*; $0	
kp b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
nephro vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEPHRO-VITE ORAL TABLET (*b complex-c-folic acid*)	1 or 1b*; $0	
renal vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
rena-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm b super vitamin complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
SM B-COMPLEX/VITAMIN C ORAL TABLET	2; $0	
stress formula (folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b complex/fa/vit c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex/vit c/fa oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C - DRUGS FOR NUTRITION**		
allbee/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c oral tablet	1 or 1b*; $0	
better b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs b complex plus c oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs super b complex/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm super b complex/c oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex + vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET	2; $0	
B-COMPLEX W/ FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex formula 1 (w/ fa) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex (folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/electrolytes oral tablet	1 or 1b*; $0	
big 100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
kobee oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/BIOTIN & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex 100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-100 b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-100 complex cr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-100 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
balanced b-50/fa oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-compleet-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-compleet-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
big 100 (biotin) oral tablet	1 or 1b*; $0	
complex b-100 oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
complex b-50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
endur-b oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
eql b complex 50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
eql b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
ft b-100 complex pr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
gnp b-100 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
gnp b-50 complex oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
qc b50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
quin b strong b-25 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 cr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
sm b100 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
super dec b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
super quints b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
yl balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
MULTIPLE VITAMINS W/ IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
daily vite multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
multivitamin plus iron adult oral tablet	1 or 1b*; $0	
multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
nat-rul daily-vite+iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily multivitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily multi-vitamin/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc daily multivitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
sm multiple vitamins/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress b complex/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress formula/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite/iron oral tablet	1 or 1b*; $0	
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET (*multiple vitamins-iron*)	2; $0	
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & CALCIUM-FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
FOLGARD OS ORAL TABLET (*multiple vit-min-calcium-fa*)	3	
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS & FLUORIDE-IRON-FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE (*multi vit-min-fluoride-fe-fa*)	3	
MULTIVITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
anti-oxidant oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
daily value multivitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily vites oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily-vite multivitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
daily-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
ESTROFACTORS ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
gnp essential one daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
healthy hair/skin/nails oral tablet	1 or 1b*; $0	
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; $0	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION (*multiple vitamin*)	3	
multi vitamin oral tablet	2; $0	
MULTI VITAMIN W/D-3 ORAL TABLET	2; $0	
multiple vitamin-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*; $0	
multiple vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
multivitamin adult oral tablet	2; $0	
multivitamin iron-free oral tablet	1 or 1b*; $0	
MULTIVITAMIN ORAL TABLET	2; $0	
multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
NEOMULTIVITE ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
novite oral capsule	1 or 1b*	
OMNICAP ORAL TABLET	2; $0	
once daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily essential oral tablet	2; $0	
one daily essentials oral tablet	2; $0	
one daily multivitamin adult oral tablet	1 or 1b*; $0	
one daily oral tablet	1 or 1b*; $0	
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
one-daily multi vitamins oral tablet	1 or 1b*; $0	
one-daily multi-vitamin oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc essentials oral tablet	1 or 1b*; $0	
QUINTABS ORAL TABLET	2; $0	
sm multiple vitamins essential oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress formula oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
stress formula/zinc/energy oral tablet	2; $0	
stresstabs energy oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite/beta carotene oral tablet	1 or 1b*; $0	
THERA ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
thera-tabs oral tablet	1 or 1b*; $0	
THEREMS ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
tm-daily vite oral tablet	2; $0	
true daily vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
true multivitamin oral tablet	2; $0	
vit e-vit c-beta carotene oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitalee oral tablet	1 or 1b*; $0	
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION (*multiple vitamin*)	3	
PED MULTI VITAMINS W/FL & FE - DRUGS FOR NUTRITION**		
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution	1 or 1b*	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (*ped multivitamins-fl-iron*)	3	
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (*ped multivitamins-fl-iron*)	3	
PED MV W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
FLORAFOL PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
multivitamin w/fluoride oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
multivitamin/fluoride oral solution	2	
multi-vitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*; $0	
multivitamin/fluoride oral tablet chewable	2; $0	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (*pediatric multivitamins-fl*)	3	
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (*pediatric multivitamins-fl*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PED VITAMINS ACD & FA W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (*ped vit a-c-d-methylfolate-fl*)	3	
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	
PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
tri-vite/fluoride oral solution	1 or 1b*; $0	
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS & MINERALS W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (*ped multiple vit-minerals-fl*)	3	
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION (*pediatric multiple vitamins*)	3	
VITALIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (*pediatric multiple vitamins*)	3	
VITLIPID N INFANT INTRAVENOUS EMULSION (*pediatric multiple vitamins*)	3	
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA - DRUGS FOR NUTRITION**		
ATABEX EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*prenatal vit-dss-fe cbn-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
ATABEX OB ORAL TABLET (*prenatal vit w/ fe bisg-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
AZESCO ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL B-CALM ORAL (*prenat w/o a fecbnfeglu-fa &b6*)	2	QL (3 tablets per 1 day)
CLASSIC PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
C-NATE DHA ORAL CAPSULE	2	QL (1 capsule per 1 day)
COMPLETENATE ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
CO-NATAL FA ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
CONCEPT DHA ORAL CAPSULE (*prenat-fefum-fepo-fa-omega 3*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CONCEPT OB ORAL CAPSULE (*prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CVS PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
elite-ob oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ENBRACE HR ORAL CAPSULE (*prenat vit-fe gly cys-fa-omega*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EQL PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
FOLIVANE-OB ORAL CAPSULE (*prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
ft prenatal oral tablet	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
GNP PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
inatal gt oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
KPN PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
MASONATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
M-NATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
MULTI PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
natal pnv oral tablet	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NATALVIT ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
NEEVO DHA ORAL CAPSULE (*prenat w/oa-fefum-methf-omegas*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
NEONATAL COMPLETE ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL PLUS ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
neonatal prenatal oral tablet	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
NEONATAL VITAMIN ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
NESTABS DHA ORAL (*prenat-w/oa-fe bisgly-fa-omega*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ORAL TABLET (*prenat-fe bisgly-fa-w/o vit a*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NIVA-PLUS ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE ONE ORAL CAPSULE (*prenat-fecbn-feaspgl-fa-fish*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE ORAL TABLET (*prenatal vit-iron carbonyl-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE PETITE ORAL CAPSULE (*prenat-fecbn-feaspgl-fa-omega*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
OB COMPLETE PREMIER ORAL TABLET (*prenatal-fe cbn-fe asp gly-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
OB COMPLETE/DHA ORAL CAPSULE (*prenat-fecbn-feaspgl-fa-omega*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ONE VITE WOMENS ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ONE VITE WOMENS PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
pnv prenatal plus multivit+dha oral	2	QL (2 units per 1 day)
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
pnv-select oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PREGENNA ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL (W/IRON & FA) ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
prenatal 19 oral tablet chewable	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (*prenatal w/o a vit-fe fum-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (*prenatal-feaspgly-methylfol-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRIMACARE ORAL CAPSULE (*pren-fe-meth-fa-omeg w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PROVIDA OB ORAL CAPSULE (*prenat w/o a vit-fefum-fepo-fa*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
QC PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL FORMULA ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
RA PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
RELNATE DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-0.6-0.4 MG (*prenat vit-fepoly-methylfol-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECT-OB ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG (*prenatal vit-fe psac cmplx-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
SE-NATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE	2	QL (1 tablet per 1 day)
SM ONE DAILY PRENATAL ORAL	2; $0	QL (1 EA per 1 day)
SM PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
TARON-C DHA ORAL CAPSULE (*prenat-fefum-fepo-fa-omega 3*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
THRIVITE RX ORAL TABLET	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRICARE ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	2	QL (1 tablet per 1 day)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
trinate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (*prenat w/oa-fefum-methf-omegas*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (*prenatal vit-fe phos-fa-omega*)	2	QL (3 gummies per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAPEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (*prenat-fefum-fered-fa-dha w/oa*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATHELY WITH GINGER ORAL TABLET (*prenatal vit-fe fumarate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VIVA DHA ORAL CAPSULE (*prenatal vit-fe fum-fa-omega*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
WESTAB PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
ZALVIT ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZIPHEX ORAL TABLET	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-CA-OMEGA 3 FISH OIL - DRUGS FOR NUTRITION**		
COMPLETE NATAL DHA ORAL	2	QL (2 units per 1 day)
wesnatal dha complete oral	2	QL (2 units per 1 day)
PRENATAL MV & MIN W/FE-FA-DHA - DRUGS FOR NUTRITION**		
CITRANATAL 90 DHA ORAL (*prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CITRANATAL ASSURE ORAL (*prenat w/o a-fecbgl-dss-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
CITRANATAL HARMONY ORAL CAPSULE (*prenat-fefmcb-dss-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
CITRANATAL MEDLEY ORAL CAPSULE (*prenat-fecb-fefum-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
ENFAMIL EXPECTA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
NESTABS ONE ORAL CAPSULE (*prenat-fe-methylfol-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
pnv-dha oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PNV-DHA+DOCUSATE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PREGEN DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prena 1 true oral	2	
PRENAISSANCE ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENAISSANCE PLUS ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (*prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (*prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (*prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (*prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (*prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (*prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (*prenatal vit-fepoly-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (*prenat-fe poly-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (*prenat-fe poly-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (*prenatal mv-min-fe fum-fa-dha*)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (*prenatal vit-fepoly-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (*prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha*)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITATRUE ORAL (*prenat-fechel-fa-dha w/o vit a*)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WESTGEL DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL MV & MINERALS W/FA WITHOUT IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
PRENATE ORAL TABLET CHEWABLE (*prenat mv-min-methylfolate-fa*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
PREMESISRX ORAL TABLET (*prenatal ca-b6-b12-fa-ginger*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prena1 oral tablet chewable	3	
PRENATE AM ORAL TABLET (*prenatal ca-b6-b12-fa-ginger*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
VITAMINS W/ LIPOTROPICS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACTIFLOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (*vitamins-lipotropics*)	2; $0	
b complex (lipotropics) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b complex formula 1 (lipotrop) oral tablet	1 or 1b*; $0	
balance b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
balanced b-50 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
COMPLEX B-100-INOSITOL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	2; $0	
cvs balanced b50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
cvs inner ear plus oral tablet	1 or 1b*; $0	
ear health formula oral tablet	1 or 1b*; $0	
ear health plus oral tablet	1 or 1b*; $0	
FLAVOVIT EAR HEALTH ORAL TABLET (*vitamins-lipotropics*)	1 or 1b*; $0	
lipo flavonoid plus oral tablet	1 or 1b*; $0	
lipoflavovit oral tablet	1 or 1b*; $0	
LIPOTRIAD ORAL TABLET (*vitamins-lipotropics*)	2; $0	
mega multiple/chelated mineral oral tablet	1 or 1b*; $0	
nat-rul b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
risanoid plus oral tablet	1 or 1b*; $0	
ultra b-100 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
CENTRAL MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
baclofen oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carisoprodol oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 375 mg, 750 mg	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
chlorzoxazone oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
methocarbamol injection solution	1 or 1b*	
methocarbamol oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
methocarbamol oral tablet 750 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
orphenadrine citrate injection solution	1 or 1b*	
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (*methocarbamol*)	3	
tizanidine hcl oral capsule 6 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
tizanidine hcl oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
ZANAFLEX ORAL CAPSULE 6 MG (*tizanidine hcl*)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
ZANAFLEX ORAL TABLET (*tizanidine hcl*)	3	ST; QL (9 tablets per 1 day)
DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DANTRIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*dantrolene sodium*)	3	
DANTRIUM ORAL CAPSULE (*dantrolene sodium*)	3	
dantrolene sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
dantrolene sodium oral capsule	1 or 1b*	
revonto intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
RYANODEX INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*dantrolene sodium*)	3	
MUSCLE RELAXANT COMBINATIONS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
norgesic oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
orphengesic forte oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG (*palovarotene*)	5	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG (*palovarotene*)	5	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (*palovarotene*)	5	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 2.5 MG, 5 MG (*palovarotene*)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VISCOSUPPLEMENTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
DUROLANE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (*cross-linked hyaluronate*)	5	PA; LD
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	5	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	4	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hyaluronan*)	4	PA; LD
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hylan g-f 20*)	4	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hylan g-f 20*)	4	PA; LD

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*sodium hyaluronate (viscosup)*)	5	PA; LD
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE**		
ANTIHISTAMINE-STEROID - ALLERGY**		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION (*azelastine-fluticasone*)	3	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL ANESTHETICS - ALLERGY**		
COCAINE HCL NASAL SOLUTION	3	
GOPRELTO NASAL SOLUTION	3	
NUMBRINO NASAL SOLUTION (*cocaine hcl (nasal anesthetic)*)	3	
NASAL ANTICHOLINERGICS - ALLERGY**		
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
ipratropium bromide nasal solution 0.06 %	1 or 1b*	QL (1 mL per 1 day)
NASAL ANTIHISTAMINES - ALLERGY**		
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 137 mcg/spray	1 or 1b*	QL (1 package per 25 days)
azelastine hcl nasal solution 0.15 %	1 or 1b*	QL (1 bottle per 25 days)
olopatadine hcl nasal solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
NASAL STEROIDS - ALLERGY**		
flunisolide nasal solution	3	ST; QL (3 inhalers per 30 days)
fluticasone propionate nasal suspension	1 or 1a*	BE; QL (1 bottle per 30 days)
mometasone furoate nasal suspension	3	ST; BE; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (*mometasone furoate*)	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT (*mometasone furoate*)	3	
PROPEL NASAL IMPLANT (*mometasone furoate*)	3	
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ALS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION (*edaravone*)	5	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (*edaravone*)	5	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); SP
BENZATHIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
riluzole oral tablet	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (*riluzole*)	5	PA; LD; QL (40 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (*succinylcholine chloride*)	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION (*succinylcholine chloride*)	3	
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/5ML	3	
FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE (*omaveloxolone*)	5	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	5	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (*eteplirsen*)	5	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (*viltolarsen*)	5	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (*golodirsen*)	5	PA; LD
***MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (*givinostat hcl*)	5	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*onabotulinumtoxina*)	5	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*abobotulinumtoxina*)	5	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (*rimabotulinumtoxinb*)	5	PA; LD; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*incobotulinumtoxina*)	5	PA; LD; SP
NONDEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
atracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
cisatracurium besylate intravenous solution	1 or 1b*	
rocuronium bromide intravenous solution	1 or 1b*	
vecuronium bromide intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
RETT SYNDROME AGENTS - GLYCINE-PROLINE-GLUTAMATE ANALOGS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DAYBUE ORAL SOLUTION (*trofinetide*)	5	PA; LD; QL (120 mL per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPINAL MUSCULAR ATROPHY-SMN2 SPLICING MODIFIERS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
EVRYSDI ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (*risdiplam*)	5	PA; LD; QL (5 mg per 1 day)
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINO ACID MIXTURES - DRUGS FOR NUTRITION**		
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 % (*amino acid infusion*)	3	
aminosyn ii intravenous solution 15 %	1 or 1b*	
AMINOSYN-PF 7% INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d5w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d10w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d5w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d15w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d20w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d10w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d5w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d15w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d20w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clinisol sf intravenous solution	1 or 1b*	
plenamine intravenous solution	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMINO ACIDS-SINGLE - DRUGS FOR NUTRITION**		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (*cysteine hcl*)	3	
CARBOHYDRATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %, 70 %	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
LIPIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emuls plant base(soy/oliv)*)	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID (*triheptanoin*)	5	PA; LD; QL (2 bottles per 30 days); SP
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emulsion plant based (soy)*)	3	
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emulsion plant based (soy)*)	3	
OMEGAVEN INTRAVENOUS EMULSION (*fish oil triglyceride based*)	3	
SMOFLIPID INTRAVENOUS EMULSION (*fat emul fish oil/plant based*)	3	
PROTEIN-CARBOHYDRATE-LIPID WITH ELECTROLYTE COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
KABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (*amino ac-dext-lipid-electrolyt*)	3	
PERIKABIVEN INTRAVENOUS EMULSION (*amino ac-dext-lipid-electrolyt*)	3	
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE**		
ALPHA ADRENERGIC AGONIST & CARBONIC ANHYDRASE INHIB COMB - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION (*brinzolamide-brimonidine*)	2	QL (8 mL per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
brimonidine tartrate-timolol ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (60 units per 30 days)
BETA-BLOCKERS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
betaxolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (0.5 mL per 1 day)
BETIMOL OPHTHALMIC SOLUTION (*timolol hemihydrate*)	3	QL (15 mL per 30 days)
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION (*betaxolol hcl*)	2	QL (15 mL per 30 days)
carteolol hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	
levobunolol hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
timolol hemihydrate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
timolol maleate ocudose ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic gel forming solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
timolol maleate ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.25 %	1 or 1b*	QL (18 mL per 30 days)
timolol maleate pf ophthalmic solution 0.5 %	1 or 1b*	QL (20 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 % (*timolol maleate*)	3	QL (18 mL per 30 days)
TIMOPTIC OCUDOSE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 % (*timolol maleate*)	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOPLEGIC MYDRIATIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
CYCLOMYDRIL OPHTHALMIC SOLUTION (*cyclopentolate-phenylephrine*)	3	
MYDCOMBI OPHTHALMIC SOLUTION CARTRIDGE (*tropicamide-phenylephrine*)	3	
CYCLOPLEGIC MYDRIATICS - DRUGS FOR THE EYE**		
ATROPINE SULFATE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	3	QL (20 mL per 30 days)
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %, 2 % (*cyclopentolate hcl*)	3	
CYCLOGYL OPHTHALMIC SOLUTION 1 % (*cyclopentolate hcl*)	3	QL (15 mL per 30 days)
cyclopentolate hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (15 mL per 30 days)
MYDRIACYL OPHTHALMIC SOLUTION (*tropicamide*)	3	
phenylephrine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tropicamide ophthalmic solution	1 or 1b*	
LYMPHOCYTE FUNCTION-ASSOCIATED ANTIGEN-1 (LFA-1) ANTAG - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION (*lifitegrast*)	2	PA; QL (2 vial per 1 day)
MIOTICS - CHOLINESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED (*echothiophate iodide*)	3	QL (5 mL per 30 days)
MIOTICS - DIRECT ACTING - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
MIOCHOL-E INTRAOCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*acetylcholine chloride*)	3	
MIOSTAT INTRAOCULAR SOLUTION (*carbachol*)	3	
pilocarpine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (*faricimab-svoa*)	4	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*faricimab-svoa*)	4	PA; LD; SP
OPHTHALMIC ANTIALLERGIC - DRUGS FOR ITCHY EYE**		
azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
cromolyn sodium ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (2 bottles per 30 days)
epinastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 30 days)
OPHTHALMIC ANTIBIOTICS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION (*azithromycin*)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
bacitracin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (7 grams per 30 days)
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION (*besifloxacin hcl*)	3	QL (5 mL per 30 days)
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT (*ciprofloxacin hcl*)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
erythromycin ophthalmic ointment	3	QL (3.5 grams per 30 days)
gatifloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (2.5 mL per 30 days)
gentamicin sulfate ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
levofloxacin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (5 mL per 30 days)
mitomycin intraocular solution prefilled syringe	3	
MITOSOL OPHTHALMIC KIT (*mitomycin*)	3	
moxifloxacin hcl (2x day) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
moxifloxacin hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (3 mL per 30 days)
OCUFLOX OPHTHALMIC SOLUTION (*ofloxacin*)	3	QL (10 mL per 30 days)
ofloxacin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
tobramycin ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (20 mL per 30 days)
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT (*tobramycin*)	3	QL (3.5 grams per 30 days)
VIGAMOX OPHTHALMIC SOLUTION (*moxifloxacin hcl*)	3	QL (3 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTIFUNGAL - DRUGS FOR THE EYE**		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (*natamycin*)	3	QL (15 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
neo-polycin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
polycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTI-CATAPLECTIC AGENTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
sodium oxybate oral solution	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
XYREM ORAL SOLUTION (*sodium oxybate*)	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (*memantine hcl-donepezil hcl*)	2	QL (1 capsule per 1 day)
ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDE (ASO) INHIBITOR AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
WAINUA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*eplontersen sodium*)	5	PA; LD; QL (1 autoinjector per 28 days)
BENZODIAZEPINES & TRICYCLIC AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
chlordiazepoxide-amitriptyline oral tablet	1 or 1b*	
CHOLINOMIMETICS - ACHE INHIBITORS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
ARICEPT ORAL TABLET 10 MG, 23 MG (*donepezil hcl*)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ARICEPT ORAL TABLET 5 MG (*donepezil hcl*)	3	DO
donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
donepezil hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
donepezil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 13.3 MG/24HR, 9.5 MG/24HR (*rivastigmine*)	3	ST; QL (1 patch per 1 day)
EXELON TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 4.6 MG/24HR (*rivastigmine*)	3	ST; QL (1 gram per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 8 mg	1 or 1b*	DO
galantamine hydrobromide oral solution	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
galantamine hydrobromide oral tablet 4 mg	1 or 1b*	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	1 or 1b*	DO
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	1 or 1b*	QL (1 patch per 1 day)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 4.6 mg/24hr	1 or 1b*	QL (1 gram per 1 day)
FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
SAVELLA ORAL TABLET (*milnacipran hcl*)	2	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (*milnacipran hcl*)	2	QL (1 pack per 365 days)
MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*bremelanotide acetate*)	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AUSTEDO ORAL TABLET (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (*deutetrabenazine*)	4	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*valbenazine tosylate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
tetrabenazine oral tablet 12.5 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
tetrabenazine oral tablet 25 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
teriflunomide oral tablet	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
MAVENCLAD (10 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (*cladribine*)	4	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (*interferon beta-1b*)	4	PA; LD; QL (15 kits per 30 days); SP
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*peginterferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*interferon beta-1a*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*ofatumumab*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (*alemtuzumab*)	5	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (*natalizumab*)	5	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POSTHERPETIC NEURALGIA (PHN)/NEUROPATHIC PAIN AGENTS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
gabapentin (once-daily) oral tablet	1 or 1b*	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 300 MG (*gabapentin (once-daily)*)	3	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 450 MG (*gabapentin (once-daily)*)	2	PA; DO
GRALISE ORAL TABLET 600 MG (*gabapentin (once-daily)*)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
GRALISE ORAL TABLET 750 MG, 900 MG (*gabapentin (once-daily)*)	2	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 82.5 MG (*pregabalin*)	3	PA; DO
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 330 MG (*pregabalin*)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 82.5 mg	1 or 1b*	PA; DO
pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 330 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER (PMDD) AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 10 mg	1 or 1b*	DO
fluoxetine hcl (pmdd) oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
PSEUDOBULBAR AFFECT AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
NUEDEXTA ORAL CAPSULE (*dextromethorphan-quinidine*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC. - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ergoloid mesylates oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
pimozide oral tablet 1 mg	1 or 1b*	AL; QL (10 tablets per 1 day)
pimozide oral tablet 2 mg	1 or 1b*	AL; QL (5 tablets per 1 day)
SEROTONIN 1A RECEPT AGONIST/SEROTONIN 2A RECEPT ANTAG - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADDYI ORAL TABLET (*flibanserin*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID (SIRNA) AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AMVUTTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*vutrisiran sodium*)	5	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (*patisiran sodium*)	5	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
SMOKING DETERRENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
cvs nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; $0	
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTROL INHALATION INHALER (*nicotine*)	3; $0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (*nicotine*)	3; $0	QL (4 mL per 1 day)
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
ra mini nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine gum mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
thrive mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack	1 or 1b*; $0	QL (53 dose pack per 365 days)
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
varenicline tartrate oral tablet 1 mg	1 or 1b*; $0	QL (2 tablet per 1 day)
varenicline tartrate(continue) oral tablet	1 or 1b*; $0	QL (2 tablet per 1 day)
SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
fingolimod hcl oral capsule	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE 0.25 MG (*fingolimod hcl*)	5	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 0.25 MG (*siponimod fumarate*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PONVORY ORAL TABLET (*ponesimod*)	5	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (*ponesimod*)	5	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*ozanimod hcl*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (*ozanimod hcl*)	4	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (*ozanimod hcl*)	4	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
THIENBENZODIAZEPINES & OPIOID ANTAGONISTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
LYBALVI ORAL TABLET (*olanzapine-samidorphan*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE (*olanzapine-fluoxetine hcl*)	3	DO; AL
VASOMOTOR SYMPTOM AGENTS - SSRIS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
paroxetine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ALPHA-PROTEINASE INHIBITOR (HUMAN) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*alpha1-proteinase inhibitor*)	5	PA; LD; SP
CFTR POTENTIATORS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
KALYDECO ORAL PACKET (*ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
KALYDECO ORAL TABLET (*ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (*lumacaftor-ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (2 packets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (*lumacaftor-ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (2 units per 1 day)
ORKAMBI ORAL TABLET (*lumacaftor-ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (*tezacaftor-ivacaftor*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (*elexacaftor-tezacaftor-ivacaft*)	5	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (*mannitol (cystic fibrosis)*)	5	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (*mannitol (cystic fibrosis)*)	5	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
HYDROLYTIC ENZYMES - DRUGS FOR THE LUNGS**		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (*dornase alfa*)	5	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OFEV ORAL CAPSULE (*nintedanib esylate*)	5	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
pirfenidone oral capsule	4	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 267 mg	4	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
pirfenidone oral tablet 801 mg	4	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
SULFONAMIDES - ANTIBIOTICS**		
sulfadiazine oral tablet	1 or 1b*	
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOMETHYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*omadacycline tosylate*)	3	
NUZYRA ORAL TABLET (*omadacycline tosylate*)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
FLUOROCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*eravacycline dihydrochloride*)	3	
GLYCYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	

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

En vigencia desde el 01012025

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

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml	3	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
levothyroxine sodium oral capsule	1 or 1b*	
levothyroxine sodium oral tablet	1 or 1a*	
levoxyl oral tablet	1 or 1a*	
liothyronine sodium intravenous solution	1 or 1b*	
liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
niva thyroid oral tablet	3	
np thyroid oral tablet	1 or 1a*	
SYNTHROID ORAL TABLET (*levothyroxine sodium*)	3	
THYQUIDITY ORAL SOLUTION (*levothyroxine sodium*)	3	
thyroid oral tablet	3	
TIROSINT ORAL CAPSULE (*levothyroxine sodium*)	3	
TIROSINT-SOL ORAL SOLUTION (*levothyroxine sodium*)	3	
unithroid oral tablet	1 or 1a*	
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS**		
TOXOID COMBINATIONS - VACCINES**		
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*tetanus-diphth-acell pertussis*)	3; $0	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*tetanus-diphth-acell pertussis*)	3; $0	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*diphth-acell pertussis-tetanus*)	3; $0	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*diphth-acell pertussis-tetanus*)	3; $0	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv vaccine*)	3; $0	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-hepatitis b recomb-ipv*)	3; $0	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*dtap-ipv-hib vaccine*)	3; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*dtap-ipv vaccine*)	3; $0	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv vaccine*)	3; $0	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*tetanus-diphtheria toxoids td*)	3; $0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (*tetanus-diphtheria toxoids td*)	3; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD INTRAMUSCULAR SUSPENSION	3; $0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	3	
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE (*chlordiazepoxide-clidinium*)	3	
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (*dicyclomine hcl*)	3	
dicyclomine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
dicyclomine hcl oral capsule	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral solution	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral tablet	1 or 1a*	
BELLADONNA ALKALOIDS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION	3	
ATROPINE SULFATE INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.25 MG/5ML, 0.5 MG/5ML, 1 MG/10ML	3	
ATROPINE SULFATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
H-2 ANTAGONISTS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
cimetidine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (90 mL per 1 day)
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
cimetidine oral tablet 800 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
famotidine (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (5 mL per 1 day)
famotidine oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
famotidine premixed intravenous solution	1 or 1b*	
nizatidine oral capsule 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nizatidine oral capsule 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 20 MG (*famotidine*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
PEPCID ORAL TABLET 40 MG (*famotidine*)	3	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MISC. ANTI-ULCER - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
CARAFATE ORAL SUSPENSION (*sucralfate*)	3	
CARAFATE ORAL TABLET (*sucralfate*)	3	
sucralfate oral suspension	1 or 1b*	
sucralfate oral tablet	1 or 1b*	
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	1 or 1b*	
esomeprazole magnesium oral packet	1 or 1b*	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	1 or 1b*	ST; BE; QL (1 capsule per 1 day)
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	1 or 1b*	
NEXIUM I.V. INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*esomeprazole sodium*)	3	
omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium-nacl intravenous solution	3	
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*pantoprazole sodium*)	3	
QUATERNARY ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
CUVPOSA ORAL SOLUTION (*glycopyrrolate*)	3	
GLYCATE ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	PA
glycopyrrolate injection solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral solution	1 or 1b*	
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	
GLYCOPYRROLATE ORAL TABLET 1.5 MG	3	PA
GLYCOPYRROLATE PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.2 MG/ML, 0.4 MG/2ML	1 or 1b*	
glycopyrrolate pf injection solution prefilled syringe 0.6 mg/3ml	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION (*glycopyrrolate*)	3	
GLYRX-PF INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*glycopyrrolate*)	3	
methscopolamine bromide oral tablet	1 or 1b*	
ROBINUL ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ROBINUL-FORTE ORAL TABLET (*glycopyrrolate*)	3	
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ BISMUTH COMBINATIONS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
bis subcit-metronid-tetracyc oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
bismuth/metronidaz/tetracyclin oral capsule	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
HELIDAC THERAPY ORAL (*metronid-tetracyc-bis subsal*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
PYLERA ORAL CAPSULE (*bis subcit-metronid-tetracyc*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER ANTI-INFECTIVE W/ PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
amoxicill-clarithro-lansopraz oral therapy pack	1 or 1b*	ST; QL (1 pack per 1 fill)
OMECLAMOX-PAK ORAL (*amoxicill-clarithro-omeprazole*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
TALICIA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*amoxicill-rifabutin-omeprazole*)	3	ST; QL (1 pack per 1 fill)
ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
CYTOTEC ORAL TABLET (*misoprostol*)	3	$0 for Fully insured members in California
misoprostol oral tablet	1 or 1a*	$0 for Fully insured members in California
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC) - DRUGS FOR THE BLADDER**		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
oxybutynin chloride oral solution	1 or 1b*	QL (20 mL per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
oxybutynin chloride oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
solifenacin succinate oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
tolterodine tartrate oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
trospium chloride er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
trospium chloride oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
mirabegron 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 baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen un costo compartido más alta que los del nivel 2 **Nivel 4**=tienen un costo compartido más alto que el nivel 3 y, generalmente, incluyen medicamentos genéricos y medicamentos de marca especializados **Nivel 5**=tienen la distribución de costos más alta de todas. Los medicamentos de este nivel son medicamentos especializados, genéricos y de marca no preferida **$0**=medicamentos preventivos **BE**=exclusión de prestaciones **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (*mirabegron*)	3	ST; QL (3 bottles per 30 days)
URINARY ANTISPASMODICS - CHOLINERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
bethanechol chloride oral tablet	1 or 1b*	
URINARY ANTISPASMODICS - DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS**		
BACTERIAL VACCINES - VACCINES**		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3; $0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b recomb omv adj*)	3; $0	
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*anthrax vaccine adsorbed*)	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 21-valent conjuga*)	3; $0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*mening acy&w-135 tetanus conj*)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	3; $0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*mening acyw(tet conj)-b(rcmb)*)	3; $0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal vac polyvalent*)	2; $0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 20-val conj vacc*)	2; $0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b vac (recomb)*)	3; $0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*cholera vac live attenuated*)	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 15-val conj vacc*)	2; $0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*typhoid vaccine*)	2	
VIRAL VACCINE COMBINATIONS - VACCINES**		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	3; $0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	3; $0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles-mumps-rubella-varicell*)	3; $0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis a-hep b recomb vac*)	3; $0	
VIRAL VACCINES - VACCINES**		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*rsv pre-fusion f a&b vac rcmb*)	3; $0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*smallpox vaccine*)	3; $0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rsvpref3 vac recomb adjuvanted*)	3; $0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*dengue virus vaccine live tetr*)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*ebola zaire virus vaccine live*)	3	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac a&b surf ant adj*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac recombinant ha*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac tiss-cult subunt*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (*influenza virus vaccine live*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac split high-dose*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hepatitis a vaccine*)	3; $0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recomb adj*)	3; $0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rabies virus vaccine, hdc*)	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE (*poliovirus vaccine inactivated*)	3; $0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*chikungunya virus vaccine live*)	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*japanese encephalitis vac inac*)	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (*smallpox & monkeypox vac, live*)	3; $0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*rsv mrna pre-f virus vaccine*)	3; $0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension	2; $0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rabies vaccine, pcec*)	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ROTARIX ORAL SUSPENSION (*rotavirus vaccine live oral*)	3; $0	
ROTATEQ ORAL SOLUTION (*rotavirus vac live pentavalent*)	3; $0	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*zoster vac recomb adjuvanted*)	3; $0	
SPIKEVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
STAMARIL INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*tick-borne encephalitis vacc*)	3	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hepatitis a vaccine*)	3; $0	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED (*varicella virus vaccine live*)	3; $0	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (*yellow fever vaccine*)	3	
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN**		
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (*butoconazole nitrate (1 dose)*)	3	
miconazole 3 vaginal suppository	1 or 1b*	
terconazole vaginal cream 0.4 %	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
terconazole vaginal cream 0.8 %	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
terconazole vaginal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN**		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (*prasterone*)	3	ST; QL (1 insert per 1 day)
SPERMICIDES - BIRTH CONTROL PILLS**		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (*nonoxynol-9*)	2; $0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
TODAY SPONGE VAGINAL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (*nonoxynol-9*)	2; $0	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (*nonoxynol-9*)	2; $0	
VAGINAL ANTI-INFECTIVES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (*clindamycin phosphate*)	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (*clindamycin phosphate*)	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (*clindamycin phosphate (1 dose)*)	3	
metronidazole vaginal gel	1 or 1b*	
NUVESSA VAGINAL GEL (*metronidazole*)	3	
VANDAZOLE VAGINAL GEL (*metronidazole*)	1 or 1b*	
XACIATO VAGINAL GEL (*clindamycin phosphate*)	3	PA; QL (1 applicator per 1 fill)
VAGINAL CONTRACEPTIVE PH MODULATOR - COMBINATIONS - DRUGS FOR WOMEN**		
PHEXXI VAGINAL GEL (*lactic ac-citric ac-pot bitart*)	3	$0
VAGINAL ESTROGENS - DRUGS FOR WOMEN**		
estradiol vaginal cream	1 or 1b*	QL (42.5 grams per 30 days)
estradiol vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
ESTRING VAGINAL RING (*estradiol*)	3	QL (1 ring per 90 days)
FEMRING VAGINAL RING (*estradiol acetate*)	3	QL (1 ring per 90 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 packs per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 10 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 inserts per 28 days)
IMVEXXY STARTER PACK VAGINAL INSERT 4 MCG (*estradiol*)	3	QL (18 packs per 28 days)
PREMARIN VAGINAL CREAM (*estrogens, conjugated*)	2	QL (1 gm per 1 day)
yuvafem vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
VAGINAL PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (*progesterone*)	5	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (*progesterone*)	5	PA; LD; QL (1 applicator per 1 day); SP
ENDOMETRIN VAGINAL INSERT (*progesterone*)	3	PA
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANAPHYLAXIS THERAPY AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION (*epinephrine*)	3	
epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*	
epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT (*epinephrine*)	3	
NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH) - AGENTS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
droxidopa oral capsule 100 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
VASOPRESSORS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION (*epinephrine-nacl*)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
BIORPHEN INTRAVENOUS SOLUTION (*phenylephrine hcl (pressors)*)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
EMERPHED INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*ephedrine sulfate (pressors)*)	3	
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
epinephrine injection solution 10 mg/10ml	3	
EPINEPHRINE INTRAVENOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/10ML	3	
EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION	3	
GIAPREZA INTRAVENOUS SOLUTION (*angiotensin ii acetate*)	3	
IMMPHENTIV INTRAVENOUS SOLUTION (*phenylephrine hcl (pressors)*)	3	
LEVOPHED INTRAVENOUS SOLUTION (*norepinephrine bitartrate*)	3	
midodrine hcl oral tablet	1 or 1b*	
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML	3	
phenylephrine hcl (pressors) intravenous solution prefilled syringe 5 mg/50ml	3	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION (*ephedrine hcl*)	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (*phenylephrine hcl (pressors)*)	3	
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
VITAMIN A - DRUGS FOR NUTRITION**		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (*vitamin a*)	3	
VITAMIN B-1 - DRUGS FOR NUTRITION**		
thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VITAMIN C - DRUGS FOR NUTRITION**		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (*ascorbic acid*)	3	
VITAMIN D - DRUGS FOR NUTRITION**		
DRISDOL ORAL CAPSULE (*ergocalciferol*)	3	
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
VITAMIN K - DRUGS FOR NUTRITION**		
phytonadione injection solution	1 or 1b*	
phytonadione oral tablet	1 or 1b*	
vitamin k1 injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 01012025

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 189
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 189
abacavir sulfate 100
abacavir sulfate-lamivudine 97
ABELCET 53
ABILIFY MAINTENA 96
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 96
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 96
abiraterone acetate 69
ABLYSINOL 111
ABRAXANE 87
ABRYSVO 251
ABSORICA 125
ABSORICA LD 125
ACAM2000 251
acamprosate calcium 235
acarbose 44
ACCOLATE 33
ACCRUFER 164
ACCU-CHEK AVIVA PLUS 136
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET 176
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 176
ACCU-CHEK GUIDE TEST 136
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 176
ACCU-CHEK SMARTVIEW 136
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 176
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 176
ACCURETIC 58
accutane 125
ACCUTREND GLUCOSE 136
acebutolol hcl 104
ACETADOTE 50
acetaminophen 20
acetaminophen-codeine 22
acetazolamide 137
acetazolamide er 137
acetazolamide sodium 137
acetic acid 154, 231
acetylcysteine 50, 123
acitretin 127
ACTHAR 140
ACTHAR GEL 140
ACTHIB 250
ACTIFLOVIT EAR HEALTH 217
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE 165
ACTI-LANCE 28G 176
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G 176
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G 176
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G 176
ACTIMMUNE 83
ACTIVASE 161
ACTIVELLA 147
ACTONEL 139
ACULAR 227
ACULAR LS 227
ACUVAIL 227
acyclovir 102, 128
acyclovir sodium 102
ADACEL 246
ADAKVEO 164
adalimumab-adbm (2 pen) 17
adalimumab-adbm (2 syringe) 17
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 17
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 17
adapalene 125
adapalene-benzoyl peroxide 124
ADASUVE 95
ADCETRIS 72
ADDYI 240
adefovir dipivoxil 102
ADEMPAS 110
adenosine 29
ADIPEX-P 13
adjustable lancing device 176
ADRENALIN 254
ADRENALIN-NACL 255
adriamycin 81
ADTHYZA 245
ADVANCED MOBILE LANCET 176
ADVATE 156
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 189
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 189
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 189
ADVOCATE LANCETS 176
ADVOCATE LANCETS 30G 176
ADVOCATE LANCING DEVICE 176
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING 176
ADVOCATE SAFETY LANCETS 176
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G 176
ADYNOVATE 156
adzynma 155
afirmelle 114
AFLURIA 251
AFLURIA PRESERVATIVE FREE 251
AFSTYLA 156
aftera 118
afterpill 118
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS 176
AGGRASTAT 159
AGRYLIN 161
AIMOVIG 196
aimsco lubricated 173
AIMSCO TWIST LANCETS 32G 176
AIMSCO TWIST LANCETS 33G 176
AJOVY 196
AKEEGA 77
ak-fluor 226
AKLIEF 125
AKOVAZ 255
AKTEN 227
AKYNZEO 52
AKYNZEO (READY-TO-USE) 51
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) 52
ala-cort 129
albendazole 28
ALBUKED 25 160
ALBUKED 5 160
ALBUMIN HUMAN 160
ALBUMINEX 160
ALBUMIN-ZLB 160
ALBURX 160
ALBUTEIN 160
albuterol sulfate 31, 32
ALBUTEROL SULFATE 32
albuterol sulfate hfa 31
ALCAINE 227
alclometasone dipropionate 129
ALDACTONE 138
ALDURAZYME 143
ALECENSA 71
alendronate sodium 139
alfuzosin hcl er 153
ALIMTA 69
ALIQOPA 88
aliskiren fumarate 62
ALKINDI SPRINKLE 121
allbee/c 208
allopurinol 155
allopurinol sodium 155
almotriptan malate 197
alogliptin benzoate 45
alogliptin-metformin hcl 45
alogliptin-pioglitazone 45
alophen 170
ALOPRIM 155
ALORA 148
alosetron hcl 150
ALPHAGAN P 228
ALPHANATE 156
ALPHANINE SD 156
alprazolam 29
alprazolam er 29
ALPRAZOLAM INTENSOL 29
alprazolam xr 29
ALPROLIX 156
altafluor benox 226
altavera 114
ALTUVIIIO 156
ALUNBRIG 71
alvimopan 152
alyacen 1/35 114
alyacen 7/7/7 120
alyq 110
amantadine hcl 91
AMBISOME 53
ambrisentan 110
amcinonide 129
AMELUZ 133
amethyst 118
AMIDATE 153
amikacin sulfate 16

amiloride hcl ... 138
amiloride-hydrochlorothiazide ... 137
aminocaproic acid ... 165
aminophylline ... 34
AMINOSYN II ... 222
aminosyn ii ... 222
AMINOSYN-PF ... 222
AMINOSYN-PF 7% ... 222
amiodarone hcl ... 30
amitriptyline hcl ... 43
amlodipine besy-benazepril hcl ... 58
amlodipine besylate ... 105
amlodipine besylate-valsartan ... 60
amlodipine-atorvastatin ... 109
amlodipine-olmesartan ... 60
amlodipine-valsartan-hctz ... 61
AMMONUL ... 146
amnesteem ... 125
AMNIOFIX ... 135
AMNIOTEXT ... 135
AMONDYS 45 ... 221
amoxapine ... 43
amoxicill-clarithro-lansopraz ... 249
amoxicillin ... 234
amoxicillin-pot clavulanate ... 234
amoxicillin-pot clavulanate er ... 234
AMPHADASE ... 202
AMPHENOL-40 ... 135
amphetamine sulfate ... 12
amphetamine-dextroamphet er ... 12
amphetamine-dextroamphetamine ... 12
amphet-dextroamphet 3-bead er ... 12
amphotericin b ... 53
amphotericin b liposome ... 53
ampicillin ... 234
ampicillin sodium ... 234
ampicillin-sulbactam sodium ... 234
AMPYRA ... 239
AMVISC ... 229
AMVUTTRA ... 240
anagrelide hcl ... 161
ANALPRAM-HC ... 27
ANAPROX DS ... 18
ANASCORP ... 232
anastrozole ... 83
ANAVIP ... 232
ANCOBON ... 53
ANDEXXA ... 50
ANECTINE ... 221
ANESTHESIA S/I-40A ... 153
ANESTHESIA S/I-40H ... 153
ANESTHESIA S/I-40S ... 153
ANGELIQ ... 147
ANGIOMAX ... 36
ANKTIVA ... 83
ANNOVERA ... 117
ANORO ELLIPTA ... 30
anti-oxidant ... 210
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS ... 232
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS ... 232
ANTIVERT ... 52
ANUSOL-HC ... 27
ANZEMET ... 51
APADAZ ... 25
apap-caff-dihydrocodeine ... 22
APHEXDA ... 162
APOKYN ... 92
apomorphine hcl ... 92
APONVIE ... 52
apraclonidine hcl ... 228
aprepitant ... 52
APRETUDE ... 99
apri ... 114
APRISO ... 150
APTIOM ... 36
APTIVUS ... 99
aq insulin syringe ... 189
aqinject pen needle ... 189
AQUALANCE LANCETS 30G ... 176
AQUASOL A ... 255
aquastat ... 200
Aquastat Sfr ... 200
ARAKODA ... 67
ARALAST NP ... 243
aranelle ... 120
ARANESP (ALBUMIN FREE) ... 162
ARAVA ... 20
ARAZLO ... 125
ARCALYST ... 18
AREXVY ... 251
arformoterol tartrate ... 32
ARGATROBAN ... 36
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE ... 36
argyle sterile saline ... 154
argyle sterile water ... 203
ARICEPT ... 236
ARIKAYCE ... 16
aripiprazole ... 96
ARISTADA ... 97
ARISTADA INITIO ... 97
ARIXTRA ... 35
armodafinil ... 14
ARMOUR THYROID ... 245
ARNUITY ELLIPTA ... 33
AROMASIN ... 83
ARRANON ... 69
arsenic trioxide ... 83
ARTESUNATE ... 67
articadent dental ... 171
ARTISS ... 165
ARZERRA ... 72
ASCLERA ... 205
ascomp-codeine ... 22
ASCOR ... 256
asenapine maleate ... 95
ashlyna ... 118
ASPARLAS ... 82
aspirin ... 21
aspirin 81 ... 21
aspirin adult low dose ... 21
aspirin adult low strength ... 21
aspirin childrens ... 21
aspirin ec adult low dose ... 21
aspirin ec low dose ... 21
aspirin ec low strength ... 21
aspirin low dose ... 21
aspirin regimen ... 21
aspirin-dipyridamole er ... 160
ASPRUZYO SPRINKLE ... 28
ASSURE COMFORT LANCETS 28G ... 176
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES ... 189
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES ... 189
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES ... 189
ASSURE LANCE LANCETS ... 176
ASSURE LANCE LANCETS 21G ... 176
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G ... 176
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G ... 176
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G ... 176
ASTAGRAF XL ... 204
ATABEX EC ... 213
ATABEX OB ... 213
atazanavir sulfate ... 99
ATELVIA ... 139
atenolol ... 104
atenolol-chlorthalidone ... 62
ATGAM ... 202
atomoxetine hcl ... 12
atorvastatin calcium ... 57
atovaquone ... 63
atovaquone-proguanil hcl ... 66
atracurium besylate ... 221
ATROPINE SULFATE ... 224, 247
ATROVENT HFA ... 32
aubra eq ... 114
AUDENZ ... 251
AUGMENTIN ... 234
AUGMENTIN ES-600 ... 234
AUGTYRO ... 80
aum insulin safety pen needle ... 189
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE ... 189
aum pen needle ... 189
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE ... 189
AUM SAFETY PEN NEEDLE ... 189
AURORA LANCET SUPER THIN 30G ... 176
AURORA LANCET THIN 23G ... 176
AURORA PEN NEEDLES ... 189
aurovela 1.5/30 ... 114
aurovela 1/20 ... 114
aurovela 24 fe ... 114
aurovela fe 1.5/30 ... 114
aurovela fe 1/20 ... 114
AURYXIA ... 152
AUSTEDO ... 237
AUSTEDO XR ... 237
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ... 237
AUTO-LANCET ... 176

AUTO-LANCET MINI 176
AUTOLET II CLINISAFE 176
AUTOLET LANCING DEVICE 176
AUTOLET LITE CLINISAFE 176
AUTOLET LITE STARTER PACK 177
AUTOLET MINI 177
AUTOLET PLATFORMS 177
AUTOLET PLUS 177
AVASTIN 90
aviane 114
AVITENE 165
AVITENE FLOUR 165
AVONEX PEN 238
AVONEX PREFILLED 238
AVSOLA 152
AVYCAZ 111
ayuna 114
AYVAKIT 80
azacitidine 69
AZACTAM 66
azasan 205
AZASITE 225
azathioprine 205
AZATHIOPRINE SODIUM 205
azelaic acid 134
azelastine hcl 220, 225
azelastine-fluticasone 220
AZESCO 213
AZILECT 91
azithromycin 172
aztreonam 66
AZULFIDINE 151
AZULFIDINE EN-TABS 151
azurette 114
b complex (lipotropics) 217
b complex 100 tr 209
b complex formula 1 (lipotrop) 217
b complex formula 1 (w/ fa) 209
b complex-b12 207
b complex-c 208
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA 209
b complex-c-folic acid 208
b-100 b-complex 209
b-100 complex cr 209
b-100 tr 209
b-50 complex 209
BABYBIG 233
bac 20
bacitracin 225
bacitracin-polymyxin b 225
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 228
baclofen 218
BACTRIM 63
BACTRIM DS 63
balance b-100 217
balance b-50 209
balanced b complex 209
balanced b-100 209
balanced b-50 complex 217
balanced b-50/fa 209
BALCOLTRA 114
BALFAXAR 156
balsalazide disodium 151
BALVERSA 76
balziva 114
BANZEL 36, 37
BAQSIMI ONE PACK 44
BAQSIMI TWO PACK 44
BARACLUDE 102
BARHEMSYS 52
BAVENCIO 74
BAXDELA 149
bayer aspirin ec low dose 21
bayer low dose 21
BCG VACCINE 250
b-compleet-100 209
b-compleet-50 209
b-complex 209
b-complex (folic acid) 209
b-complex balanced 208
b-complex plus b-12 207
b-complex/b-12 207
b-complex/electrolytes 209
b-complex/vitamin c 208
b-complex-c 208
b-complex-c (w/folic acid) 208
BD AUTOSHIELD DUO 189
bd heparin posiflush 35
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 189
BD INSULIN SYRINGE 189
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 189
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 189
BD INSULIN SYRINGE U/F 189
BD INSULIN SYRINGE U/F 1/2UNIT 189
BD INSULIN SYRINGE U-500 189
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 190
BD MICROTAINER LANCETS 177
BD PEN NEEDLE MICRO U/F 190
BD PEN NEEDLE MINI U/F 190
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 190
BD PEN NEEDLE NANO U/F 190
BD PEN NEEDLE ORIGINAL U/F 190
BD PEN NEEDLE SHORT U/F 190
bd posiflush 200
Bd Posiflush Safescrub 200
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 190
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 190
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 190
BELBUCA 25
BELEODAQ 77
BELRAPZO 68
benazepril hcl 59
benazepril-hydrochlorothiazide 58
bendamustine hcl 68
BENDEKA 68
BENEFIX 156
BENLYSTA 201
BENTYL 247
BENZALKONIUM CHLORIDE 97
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 25
BENZNIDAZOLE 28
benzonatate 122
benzoyl peroxide-erythromycin 124
benzphetamine hcl 13
benztropine mesylate 91
BEOVU 230
BERINERT 158
BESIVANCE 225
BESPONSA 72
BESREMI 83
BETADINE OPHTHALMIC PREP 226
betaine 142
betamethasone dipropionate 129
betamethasone dipropionate aug 129
betamethasone valerate 129
BETASERON 238
betaxolol hcl 104, 223
bethanechol chloride 250
BETHKIS 16
BETIMOL 223
BETOPTIC-S 223
better b complex 208
bexarotene 89, 136
BEXSERO 250
BEYAZ 114
BEYFORTUS 232
bicalutamide 69
BICILLIN C-R 235
BICILLIN C-R 900/300 235
BICILLIN L-A 234
BIDIL 109
big 100 209
big 100 (biotin) 209
BIJUVA 147
BIKTARVY 98
BILTRICIDE 28
bimatoprost 134, 230
BINOSTO 139
BIORPHEN 255
BIOTHRAX 250
bis subcit-metronid-tetracyc 249
bisacodyl 170
bisacodyl ec 170
bismuth/metronidaz/tetracyclin 249
bisoprolol fumarate 104
bisoprolol-hydrochlorothiazide 62
bivalirudin trifluoroacetate 36
bleomycin sulfate 81
BLINCYTO 75
blisovi 24 fe 114
blisovi fe 1.5/30 114
blisovi fe 1/20 114
BLOXIVERZ 67
BONJESTA 52
BOOSTRIX 246
bortezomib 80
BORUZU 80
bosentan 110
BOSULIF 74
BOTOX 221
BOTOX COSMETIC 131

BRAFTOVI 75
BREO ELLIPTA 30
BREVIBLOC 104
BREVIBLOC IN NACL 104
BREVIBLOC PREMIXED 104
BREVIBLOC PREMIXED DS 104
BREVITAL SODIUM 153
BREXAFEMME 53
Breyna 30
BREZTRI AEROSPHERE 31
BRIDION 50
briellyn 114
BRILINTA 159
brimonidine tartrate 134, 228
brimonidine tartrate-timolol 223
brinzolamide 226
BRIVIACT 37
BRIXADI 25
BRIXADI (WEEKLY) 25
bromfenac sodium 227
bromfenac sodium (once-daily) 227
bromocriptine mesylate 91
BROMSITE 227
BRONCHITOL 244
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 244
BROVANA 32
BRUKINSA 75
BSS 227
BSS PLUS 227
budesonide 27, 33, 121
budesonide er 121
budesonide-formoterol fumarate 31
bumetanide 137
BUMEX 137
BUPIVACAINE FISIOPHARMA 172
bupivacaine hcl (pf) 172
bupivacaine-epinephrine 171
bupivacaine-epinephrine (pf) 171
buprenorphine 26
buprenorphine hcl 25, 26
buprenorphine hcl-naloxone hcl 26
bupropion hcl 41
bupropion hcl er (smoking det) 240
bupropion hcl er (sr) 41
bupropion hcl er (xl) 41
buspirone hcl 28
busulfan 68
BUSULFEX 68
butalbital-acetaminophen 20
butalbital-apap-caff-cod 22
butalbital-apap-caffeine 20
butalbital-asa-caff-codeine 22
butalbital-aspirin-caffeine 20
butorphanol tartrate 26
BYFAVO 167
BYLVAY 150
BYLVAY (PELLETS) 150
BYOOVIZ 231
CABENUVA 98
cabergoline 140
CABLIVI 158
CABOMETYX 79
CADUET 109
caffeine citrate 13
calcipotriene 128
calcipotriene-betameth diprop 136
calcitonin (salmon) 139
calcitrene 128
calcitriol 128, 142
calcium acetate 152
calcium acetate (phos binder) 152
CALCIUM GLUCONATE 198
CALCIUM GLUCONATE-NACL 198
CALDOLOR 18
CALQUENCE 75
CAMCEVI 86
camila 119
CAMPTOSAR 89
camrese 118
camrese lo 118
CAMZYOS 109
CANASA 151
CANCIDAS 53
candesartan cilexetil 61
candesartan cilexetil-hctz 60
capecitabine 69
CAPLYTA 93
CAPRELSA 79
captopril 59
captopril-hydrochlorothiazide 58
CAPVAXIVE 250
CARAC 126
CARAFATE 248
carbamazepine 37
carbamazepine er 37
carbidopa 92
carbidopa-levodopa 92
carbidopa-levodopa er 92
carbidopa-levodopa-entacapone 92
carbinoxamine maleate 55
carbinoxamine maleate er 54
carboplatin 68
carboprost tromethamine 232
CARDENE IV 105
CARDIOCOM LANCING DEVICE 177
CARDIZEM 105
CARDURA 62
CARDURA XL 153
CAREFINE PEN NEEDLES 190
careone advanced lancing dev 177
CAREONE INSULIN SYRINGE 190
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G 177
CAREONE LANCET THIN 23G 177
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 190
CARESENS LANCETS 177
CARESENS LANCETS 30G 177
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 190
CARETOUCH LANCING/EJECTOR 177
CARETOUCH PEN NEEDLES 190
CARETOUCH SAFETY LANCETS 177
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G 177
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G 177
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G 177
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G 177
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G 177
carglumic acid 142
carisoprodol 218
carmustine 88
CARNITOR 140
CARNITOR SF 140
CAROSPIR 138
carteolol hcl 223
cartia xt 105
carvedilol 103, 104
carvedilol phosphate er 104
CASODEX 69
CASPOFUNGIN ACETATE 53
CATAPRES-TTS-1 61
CATAPRES-TTS-2 61
CATAPRES-TTS-3 61
CATHFLO ACTIVASE 161
CAVERJECT 109
CAVERJECT IMPULSE 109
CAYA 175
CAYSTON 66
cefaclor 112
CEFACLOR ER 112
cefadroxil 112
cefazolin sodium 112
CEFAZOLIN SODIUM 112
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE 112
cefazolin sodium-dextrose 112
cefdinir 112, 113
cefepime hcl 113
CEFEPIME HCL 113
CEFEPIME-DEXTROSE 113
cefixime 113
CEFOTAN 112
cefotaxime sodium 113
cefotetan disodium 112
cefoxitin sodium 112
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE 112
cefpodoxime proxetil 113
cefprozil 112
ceftazidime 113
ceftriaxone sodium 113
CEFTRIAXONE SODIUM 113
ceftriaxone sodium in dextrose 113
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE 113
cefuroxime axetil 112
cefuroxime sodium 112
celecoxib 18
CELESTONE SOLUSPAN 122
CELLCEPT 203
CELLCEPT INTRAVENOUS 203

CELLUGEL 229
CELONTIN 40
cephalexin 112
CEPROTIN 159
CERDELGA 161
CEREBYX 40
CEREZYME 161
CERVIDIL 232
cetirizine hcl 55
CETRAXAL 231
cetrorelix acetate 141
CETROTIDE 141
cevimeline hcl 207
charlotte 24 fe 114
chateal eq 114
CHEMET 49
childrens aspirin 21
chloramphenicol sod succinate 64
chlordiazepoxide hcl 29
chlordiazepoxide-amitriptyline 236
chlordiazepoxide-clidinium 247
chlorhexidine gluconate 206
chloroprocaine hcl (pf) 172
chloroquine phosphate 67
chlorothiazide sodium 138
chlorpromazine hcl 95
CHLORPROMAZINE HCL 95
chlorthalidone 138
chlorzoxazone 218
CHOLBAM 149
cholestyramine 56
cholestyramine light 56
CHORIONIC GONADOTROPIN 144
CHOSEN LANCETS 30G 177
CHOSEN LANCING DEVICE 177
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G 177
chromic chloride 201
ciclodan 126
ciclopirox 126
ciclopirox olamine 126
cidofovir 101
cilostazol 159
CILOXAN 225
CIMDUO 98
CIMERLI 231
cimetidine 247
cimetidine hcl 247
cinacalcet hcl 139
CINQAIR 33
CINRYZE 158
CINVANTI 52
CIPRO 149
ciprofloxacin hcl 149, 225, 231
ciprofloxacin in d5w 149
ciprofloxacin-dexamethasone 231
ciprofloxacin-fluocinolone pf 231
cisatracurium besylate 221
cisatracurium besylate (pf) 221
cisplatin 68
CISPLATIN 68
citalopram hydrobromide 41
CITRANATAL 90 DHA 216
CITRANATAL ASSURE 216
CITRANATAL B-CALM 213
CITRANATAL HARMONY 216
CITRANATAL MEDLEY 216
citrate of magnesia 169
citroma 169
cladribine 70
claravis 125
CLARINEX 55
CLARINEX-D 12 HOUR 123
clarithromycin 173
clarithromycin er 173
CLASSIC PRENATAL 213
CLEANLET LANCETS 28G 177
clearlax 168
CLEMASTINE FUMARATE 55
clemastine fumarate 55
CLENPIQ 168
CLEOCIN 65, 254
CLEOCIN PHOSPHATE 65
CLEOCIN-T 124
CLEVER CHEK LANCETS 177
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 177, 190
CLEVER CHOICE LANCETS 21G 177
CLEVER CHOICE LANCETS 23G 177
CLEVER CHOICE LANCETS 28G 177
CLEVIPREX 105
CLICKFINE PEN NEEDLES 190
CLIMARA 148
CLIMARA PRO 147
Clindacin 124
clindacin etz 124
clindacin-p 124
clindamycin hcl 65
clindamycin palmitate hcl 65
clindamycin phos-benzoyl perox 125
clindamycin phosphate 65, 124, 254
clindamycin phosphate in d5w 65
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL 65
clindamycin-tretinoin 125
CLINDESSE 254
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 222
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 222
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 222
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 222
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 222
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 222
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 222
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 222
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 222
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 222
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 222
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 222
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 222
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 222
clinisol sf 222
CLINOLIPID 223
clinpro 5000 206
clobazam 36
clobetasol propionate 129, 130
clobetasol propionate e 129
clobetasol propionate emulsion 129
clocortolone pivalate 130
clodan 130
clofarabine 70
Clomid 144
clomiphene citrate 144
clomipramine hcl 43
clonazepam 36
clonidine 62
clonidine hcl 62
clonidine hcl er 12
clopidogrel bisulfate 161
clorazepate dipotassium 29
clotrimazole 132, 206
clotrimazole-betamethasone 126
clozapine 94, 95
C-NATE DHA 213
CNJ-016 233
COAGADEX 156
COAGUCHEK LANCETS 177
coal tar 134
COARTEM 67
COCAINE HCL 220
CODEINE SULFATE 23
codeine sulfate 23
CODITUSSIN AC 123
CODITUSSIN DAC 123
colchicine 155
colchicine-probenecid 155
colesevelam hcl 56
COLESTID 56
colestipol hcl 56
colistimethate sodium (cba) 66
COLUMVI 75
COLY-MYCIN M 66
COMBIPATCH 147
COMBIVENT RESPIMAT 31
COMBOGESIC 18
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 79
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 79
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 79
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 190
COMFORT ASSURED LANCETS 28G 177
COMFORT ASSURED LANCETS 33G 177
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 190
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 190
COMFORT EZ PEN NEEDLES 190
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 190
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 190
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 190
COMFORT TOUCH LANCETS 31G 177

COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G 177
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G 177
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G 177
COMIRNATY 251
COMPLETE NATAL DHA 216
COMPLETENATE 213
complex b-100 209
COMPLEX B-100-INOSITOL 217
complex b-50 prolonged release 209
compro 96
CO-NATAL FA 213
CONCEPT DHA 213
CONCEPT OB 213
condoms 174
CONDYLOX 132
CONJUPRI 105, 106
constulose 168
COPASIL 134
COPAXONE 239
COPIKTRA 88
CORIFACT 156
CORLANOR 111
CORTEF 121
CORTENEMA 27
CORTIFOAM 27
CORTISPORIN-TC 231
CORTROPHIN 140
CORVERT 30
COSELA 87
COSENTYX 127
COSENTYX (300 MG DOSE) 127
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 127
COSENTYX SENSOREADY PEN 127
COSENTYX UNOREADY 127
COTELLIC 78
CREON 137
CRESEMBA 54
CRINONE 254
CROFAB 232
cromolyn sodium 31, 149, 225
crotan 134
cryselle-28 114
CRYSVITA 147
cupric chloride 201
CURAE 118
curity sterile saline 154
CUTAQUIG 233
CUVPOSA 248
cvs aspirin adult low dose 21
cvs aspirin adult low strength 21
cvs aspirin ec 21
cvs aspirin low dose 21
cvs aspirin low strength 21
cvs b complex plus c 208
cvs balanced b50 217
cvs c-lax laxative 170
cvs folic acid 163
cvs gentle laxative 170
cvs gentle laxative womens 170
cvs inner ear plus 217
CVS LANCETS 21G 177
CVS LANCETS MICRO THIN 33G 178
CVS LANCETS ORIGINAL 178
CVS LANCETS THIN 26G 178
CVS LANCETS ULTRA THIN 30G 178
CVS LANCETS ULTRA-THIN 30G 178
cvs lancing device 178
cvs magnesium citrate 169
cvs milk of magnesia 170
cvs nicotine 240, 241
cvs nicotine polacrilex 241
CVS PRENATAL 213
cvs purelax 168, 169
cvs super b complex/c 208
CVS ULTRA THIN LANCETS 178
cyanocobalamin 162
CYANOKIT 50
cyclobenzaprine hcl 218
CYCLOGYL 224
CYCLOMYDRIL 224
cyclopentolate hcl 224
cyclophosphamide 87
CYCLOPHOSPHAMIDE 87
cycloserine 68
CYCLOSET 45
cyclosporine 202, 226
cyclosporine modified 202
CYGNUS DUAL 135
CYKLOKAPRON 165
cyproheptadine hcl 55
CYRAMZA 90
cyred eq 114
CYSTADANE 142
CYSTADROPS 230
CYSTAGON 154
CYSTARAN 230
cytarabine 70
cytarabine (pf) 70
CYTOGAM 233
CYTOMEL 245
CYTOTEC 249
dacarbazine 83
dactinomycin 81
daily multiple vitamins 210
daily value multivitamin 211
daily vitamins 211
daily vite 211
daily vite multivitamin/iron 210
daily vites 211
daily-vite 211
daily-vite multivitamin 211
dalfampridine er 239
DALIRESP 33
DALVANCE 64
danazol 26
DANTRIUM 218
dantrolene sodium 218
DANYELZA 73
dapagliflozin pro-metformin er 48
dapagliflozin propanediol 47
dapsone 65, 124
DAPTACEL 246
DAPTOMYCIN 64
daptomycin-sodium chloride 64
DARAPRIM 67
darifenacin hydrobromide er 249
darunavir 99
DARZALEX 72
DARZALEX FASPRO 82
dasatinib 74
dasetta 1/35 115
dasetta 7/7/7 120
DAUNORUBICIN HCL 81
DAURISMO 77
DAVIMET-FLUORIDE 212
DAXXIFY 131
DAYBUE 221
DAYPRO 18
daysee 118
DDAVP 146
DDAVP PF 147
deblitane 119
decitabine 70
deferasirox 49, 50
deferasirox granules 49
deferiprone 50
deferoxamine mesylate 50
DEFITELIO 161
DEFLUX 155
DELESTROGEN 148
DELSTRIGO 98
delyla 115
DELZICOL 151
demeclocycline hcl 245
DEMEROL 23
DEMSER 60
DENAVIR 128
DENGVAXIA 251
denta 5000 plus 206
denta 5000 plus sensitive 206
dentagel 206
DEPEN TITRATABS 201
DEPO-ESTRADIOL 148
DEPO-MEDROL 121
DEPO-PROVERA 119
DEPO-SUBQ PROVERA 104 119
DEPO-TESTOSTERONE 26
DERMOTIC 231
DESCOVY 98
DESFERAL 50
desflurane 153
desipramine hcl 43
desloratadine 55
desmopressin ace spray refrig 147
desmopressin acetate 147
DESMOPRESSIN ACETATE 147
desmopressin acetate pf 147
desmopressin acetate spray 147
desogestrel-ethinyl estradiol 114
desonide 130
desoximetasone 130
DESVENLAFAXINE ER 42
desvenlafaxine succinate er 42
DEXABLISS 121
dexamethasone 121

DEXAMETHASONE INTENSOL ... 121
dexamethasone sod phos +rfid ... 121
dexamethasone sod phosphate pf ... 121
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF ... 121
dexamethasone sodium phosphate 121, 228
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE ... 121
DEXCOM G6 RECEIVER ... 178
DEXCOM G6 SENSOR ... 178
DEXCOM G6 TRANSMITTER ... 178
DEXCOM G7 RECEIVER ... 178
DEXCOM G7 SENSOR ... 178
DEXMEDETOMIDINE HCL ... 168
dexmedetomidine hcl ... 168
dexmedetomidine hcl in nacl ... 167
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE ... 168
dexmethylphenidate hcl ... 14
dexmethylphenidate hcl er ... 14
dexrazoxane ... 84
dexrazoxane hcl ... 83
DEXTENZA ... 228
dextroamphetamine sulfate ... 12
dextroamphetamine sulfate er ... 12
dextrose ... 223
DEXTROSE ... 223
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 ... 198
dextrose in lactated ringers ... 198
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 198
dextrose-sodium chloride ... 198
DEXYCU ... 228
DHIVY ... 92
DIACOMIT ... 37
dialyvite 800 ... 208
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 ... 178
DIATHRIVE LANCETS ... 178
DIATHRIVE LANCING DEVICE .. 178
DIATHRIVE PEN NEEDLE ... 190
diazepam ... 29, 36
diazepam intensol ... 29
diazoxide ... 44
DIBENZYLINE ... 60
dichlorphenamide ... 137
diclofenac potassium ... 18
diclofenac sodium ... 18, 126, 127, 227
diclofenac sodium er ... 18
diclofenac-misoprostol ... 18
dicloxacillin sodium ... 235
dicyclomine hcl ... 247
diethylpropion hcl ... 13
diethylpropion hcl er ... 13
DIFICID ... 173
diflorasone diacetate ... 130
DIFLUCAN ... 54
diflunisal ... 21
difluprednate ... 228
DIGIFAB ... 50
digoxin ... 108
dihydroergotamine mesylate ... 197
DILANTIN ... 40
DILANTIN INFATABS ... 40
DILANTIN-125 ... 40
DILAUDID ... 23
diltiazem hcl ... 106
DILTIAZEM HCL ... 106
diltiazem hcl er ... 106
diltiazem hcl er beads ... 106
diltiazem hcl er coated beads ... 106
dilt-xr ... 106
DIMENHYDRINATE ... 52
dimethyl fumarate ... 239
dimethyl fumarate starter pack ... 239
DIPENTUM ... 151
diphenhydramine hcl ... 55
diphenoxylate-atropine ... 49
DIPRIVAN ... 153
dipyridamole ... 160
DISCOVISC ... 229
disopyramide phosphate ... 29
disulfiram ... 235
DIURIL ... 138
divalproex sodium ... 40
divalproex sodium er ... 40
DIVIGEL ... 148
dobutamine hcl ... 108
DOBUTAMINE-DEXTROSE ... 108
DOCETAXEL ... 87
DOCIVYX ... 87
dodex ... 162
dofetilide ... 30
DOJOLVI ... 223
dolishale ... 118
donepezil hcl ... 236
DOPAMINE HCL ... 108
DOPAMINE-DEXTROSE ... 108
DOPRAM ... 13
DOPTELET ... 164
dorzolamide hcl ... 226
dorzolamide hcl-timolol mal ... 223
dorzolamide hcl-timolol mal pf ... 223
dotti ... 148
DOVATO ... 98
doxazosin mesylate ... 62
doxepin hcl ... 43, 127, 167
doxercalciferol ... 142
DOXIL ... 81
doxorubicin hcl ... 81
doxorubicin hcl liposomal ... 81
doxy 100 ... 245
doxycycline hyclate ... 245
doxycycline monohydrate ... 245
doxylamine-pyridoxine ... 52
DRISDOL ... 256
dronabinol ... 52
droperidol ... 28
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE ... 178
DROPLET INSULIN SYRINGE ... 191
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G ... 178
DROPLET LANCING DEVICE ... 178
DROPLET MICRON ... 191
DROPLET PEN NEEDLES ... 191
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G ... 178
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES ... 191
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE ... 191
drospiren-eth estrad-levomefol ... 115
drospirenone-ethinyl estradiol ... 115
DROXIA ... 162
droxidopa ... 255
DRUG MART LANCETS THIN 26G ... 178
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G ... 178
DRUG MART UNIFINE PENTIPS . 191
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS ... 191
DRUG MART UNILET LANCETS 28G ... 178
DRUG MART UNILET LANCETS 30G ... 178
DRUG MART UNILET LANCETS 33G ... 178
DSUVIA ... 23
DUAVEE ... 148
DUETACT ... 49
dulcolax ... 170
dulcolax milk of magnesia ... 170
duloxetine hcl ... 42
DUOBRII ... 136
DUOPA ... 92
DUOVISC ... 229
DUPIXENT ... 129
duramorph ... 23
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN 174
DUREX REALFEEL ... 174
DUREX TROPICAL ... 174
DUREZOL ... 228
DUROLANE ... 219
DURYSTA ... 230
dutasteride ... 153
dutasteride-tamsulosin hcl ... 154
DUVYZAT ... 221
dyclopro ... 133
DYMISTA ... 220
DYSPORT ... 221
e.e.s. 400 ... 173
ear health formula ... 217
ear health plus ... 217
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE ... 191
easy comfort insulin syringe ... 191
EASY COMFORT LANCETS ... 178
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP ... 178
EASY COMFORT PEN NEEDLES . 191
EASY GLIDE PEN NEEDLES ... 191
easy mini eject lancing device ... 178
easy mini lancing device ... 178
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY ... 191
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR ... 191

EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 191
EASY TOUCH LANCETS 21G 178
EASY TOUCH LANCETS 23G 178
EASY TOUCH LANCETS 26G 178
EASY TOUCH LANCETS 28G 178
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST 178
EASY TOUCH LANCETS 30G 178
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST 178
EASY TOUCH LANCETS 32G 179
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST 179
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST 179
EASY TOUCH LANCING DEVICE 179
EASY TOUCH PEN NEEDLES 191
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G 179
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G 179
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G 179
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G 179
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 191
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 191
easygel 206
ec-naproxen 19
econazole nitrate 132
econtra one-step 118
ecotrin low strength 21
ECOZA 132
EDARBI 61
EDARBYCLOR 60
EDECRIN 137
edetate calcium disodium 50
EDEX 109
EDLUAR 167
EDURANT 100
efavirenz 100
efavirenz-emtricitab-tenofo df 98
efavirenz-lamivudine-tenofovir 98
EFUDEX 126
EGRIFTA SV 141
ELAHERE 82
ELAPRASE 143
ELCYS 223
ELELYSO 161
ELEPSIA XR 37
ELESTRIN 148
eletriptan hydrobromide 197
ELFABRIO 140
ELIGARD 86
ELIMITE 134
elinest 115
ELIQUIS 34
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 34
ELITEK 84
elite-ob 213
ELIXOPHYLLIN 34
ELLA 118
ELLENCE 81
ELMIRON 154
ELOCTATE 156
ELREXFIO 75
eluryng 117
ELZONRIS 83
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G 179
embrace lancing device/ejector 179
EMBRACE PEN NEEDLES 191
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G 179
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G 179
EMEND 52
EMERPHED 255
EMGALITY 197
EMGALITY (300 MG DOSE) 197
EMPAVELI 158
EMPLICITI 74
EMSAM 41
emtricitabine 100
emtricitabine-tenofovir df 98
EMTRIVA 100
EMVERM 28
Emzahh 119
enalapril maleate 59
enalaprilat 59
enalapril-hydrochlorothiazide 58
ENBRACE HR 213
ENBREL 20
ENBREL MINI 20
ENBREL SURECLICK 20
ENCARE 253
ENDO AVITENE 165
endocet 25
ENDOMETRIN 254
endur-b 209
ENFAMIL EXPECTA 216
ENGERIX-B 251
ENHERTU 82
Enilloring 118
ENJAYMO 158
ENLITE GLUCOSE SENSOR 179
enoxaparin sodium 35
enpresse-28 120
enskyce 115
ENSPRYNG 204
ENSTILAR 136
entacapone 92
entecavir 102
ENTRESTO 109
ENTYVIO 151
enulose 151
ENVARSUS XR 204
EPANED 59
EPCLUSA 102
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) 255
EPICORD 135
EPIDIOLEX 37
EPIFIX 135
EPIFIX MICRONIZED 135
EPIFOAM 134
epinastine hcl 225
epinephrine 254, 255
EPINEPHRINE 255
epinephrine (anaphylaxis) 254
EPINEPHRINE PF 255
EPINEPHRINESNAP 255
epitol 37
EPIVIR 100
EPKINLY 75
eplerenone 62
EPOGEN 162
epoprostenol sodium 109
eptifibatide 159
eq aspirin adult low dose 21
eq aspirin low dose 21
eq clearlax 169
eq gentle laxative 170
eq laxative 169
eq magnesium citrate 170
eq nicotine 241
eq nicotine polacrilex 241
eq nicotine step 3 241
eql aspirin low dose 21
eql b complex 50 209
eql b-100 complex 209
eql clearlax 169
EQL COLOR LANCETS 21G 179
EQL COLOR LANCETS MICRO 33G 179
eql gentle laxative 171
EQL INSULIN SYRINGE 191
eql laxative 171
eql magnesium citrate 170
EQL PRENATAL FORMULA 213
eql super b complex/vitamin c 208
EQL SUPER THIN LANCETS 30G 179
EQL THIN LANCETS 26G 179
EQUETRO 93
ERAXIS 53
ERBITUX 76
ergocalciferol 256
ergoloid mesylates 240
ergotamine-caffeine 197
eribulin mesylate 87
ERIVEDGE 77
ERLEADA 69
erlotinib hcl 76
errin 119
ERTACZO 132
ertapenem sodium 64
ERVEBO 251
ery 124
ERYGEL 124
ery-tab 173
ERYTHROCIN LACTOBIONATE . 173
erythromycin 124, 173, 225
erythromycin base 173
erythromycin ethylsuccinate 173
erythromycin lactobionate 173

escitalopram oxalate 41
ESKATA 134
esmolol hcl 104
ESMOLOL HCL 104
esmolol hcl-sodium chloride 104
esomeprazole magnesium 248
esomeprazole sodium 248
ESPEROCT 156
estarylla 115
estazolam 167
estradiol 148, 254
estradiol valerate 148
estradiol-norethindrone acet 147
ESTRING 254
ESTROFACTORS 211
ESTROGEL 148
eszopiclone 167
ethacrynate sodium 137
ethacrynic acid 137
ethambutol hcl 68
ETHAMOLIN 205
ethosuximide 40
ethynodiol diac-eth estradiol 115
etodolac 19
etodolac er 19
etomidate 153
etonogestrel-ethinyl estradiol 118
ETOPOPHOS 87
etoposide 87
etravirine 100
EUCRISA 133
EUFLEXXA 219
EULEXIN 69
euthyrox 245
EVAMIST 148
EVENITY 145
everolimus 78, 204
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER 179
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT 179
EVERSENSE E3 SENSOR/HOLDER 179
EVERSENSE E3 SMART TRANSMITTER 179
EVERSENSE SENSOR/HOLDER 179
EVERSENSE SMART TRANSMITTER 179
EVISTA 145
EVKEEZA 56
EVOMELA 87
EVOTAZ 98
EVOXAC 207
EVRYSDI 222
EXELDERM 132
EXELON 236
exemestane 83
ex-lax ultra 171
EXONDYS 51 221
EXTENCILLINE 234
EYLEA 231
EYLEA HD 231
E-Z JECT LANCET MICRO-THIN 33G 179
E-Z JECT LANCET SUPER THIN 30G 179
E-Z JECT LANCETS 179
E-Z JECT LANCETS 21G 179
E-Z JECT LANCETS THIN 26G 179
ezetimibe 57
ezetimibe-simvastatin 57
EZ-LETS LANCETS 21G 179
EZ-LETS LANCETS 26G 179
EZ-LETS LANCETS 28G 179
EZ-LETS LANCETS 30G 179
fa-8 163
FABHALTA 159
FABRAZYME 140
falmina 115
famciclovir 103
famotidine 247
famotidine (pf) 247
famotidine premixed 247
FANAPT 93
FANAPT TITRATION PACK 93
FANTASY LUBRICATED 174
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 174
FARESTON 69
FARXIGA 47
FASENRA 33
FASENRA PEN 32
FASLODEX 84
FC2 FEMALE CONDOM 173
febuxostat 155
FEIBA 156
felbamate 39
felodipine er 106
FEMARA 83
FEMCAP 173
FEMLYV 115
FEMRING 254
fenofibrate 56
fenofibrate micronized 56
fenofibric acid 56
FENSOLVI (6 MONTH) 143
fentanyl 23
fentanyl citrate 23
FENTANYL CITRATE (PF) 23
fentanyl citrate (pf) 23
fentanyl citrate pf 23
FENTANYL CITRATE PF 23
FERAHEME 164
FERRIPROX 50
FERRIPROX TWICE-A-DAY 50
FERRLECIT 164
ferumoxytol 164
fesoterodine fumarate er 249
FETROJA 113
FETZIMA 42
FETZIMA TITRATION 43
FIBRICOR 56
FIBRYGA 156
FIFTY50 PEN NEEDLES 191
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 179
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 191
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G 179
FILSPARI 154
FILSUVEZ 136
FINACEA 134
finasteride 136, 153
FINGERSTIX LANCETS 179
fingolimod hcl 242
FINTEPLA 37
Finzala 115
FIRDAPSE 67
FIRMAGON 85
FIRMAGON (240 MG DOSE) 85
FIRVANQ 64
flac 231
FLAGYL 63
FLAREX 228
FLAVOVIT EAR HEALTH 217
flavoxate hcl 250
flecainide acetate 30
FLEET STIMULANT 171
FLEXBUMIN 160
FLOLAN 109
FLORAFOL PEDIATRIC 212
FLORIVA 199, 213
FLORIVA PLUS 212
floxuridine 70
FLUAD 252
FLUARIX 252
FLUBLOK 252
FLUCELVAX 252
fluconazole 54
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE 54
fluconazole in sodium chloride 54
flucytosine 53
fludarabine phosphate 70
fludrocortisone acetate 122
FLULAVAL 252
flumazenil 50
FLUMIST 252
flunisolide 220
fluocinolone acetonide 130, 231
fluocinolone acetonide body 130
fluocinolone acetonide scalp 130
fluocinonide 130
fluocinonide emulsified base 130
fluorescein 226
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE 226
fluorescein-benoxinate 226
FLUORESCITE 226
fluoridex 206
fluoridex daily renewal 206
fluoridex enhanced whitening 206
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF 206
fluorometholone 229
fluorouracil 70, 126, 127
fluoxetine hcl 42

FLUOXETINE HCL 42
fluoxetine hcl (pmdd) 240
fluphenazine decanoate 96
fluphenazine hcl 96
flurandrenolide 130
FLURA-SAFE 226
flurazepam hcl 167
flurbiprofen 19
flurbiprofen sodium 227
fluticasone furoate-vilanterol 31
fluticasone propionate 130, 220
fluticasone propionate diskus 33
fluticasone propionate hfa 34
fluticasone-salmeterol 31
fluvastatin sodium 57
fluvoxamine maleate 42
fluvoxamine maleate er 42
FLUZONE 252
FLUZONE HIGH-DOSE 252
FML FORTE 229
FML LIQUIFILM 229
focinvez 52
folate 163
FOLGARD OS 210
folic acid 163
FOLIVANE-OB 213
FOLOTYN 70
foltabs 800 163
fomepizole 50
fondaparinux sodium 35
FORA LANCETS 180
FORA LANCING DEVICE 180
FORANE 153
formaldehyde 97
formoterol fumarate 32
FORTEO 144
FOSAMAX 139
FOSAMAX PLUS D 139
fosamprenavir calcium 99
fosaprepitant dimeglumine 53
foscarnet sodium 101
FOSCAVIR 101
fosfomycin tromethamine 66
fosinopril sodium 59
fosinopril sodium-hctz 58
fosphenytoin sodium 40
FOSRENOL 152
FOTIVDA 79
FRAGMIN 35
fraiche 5000 dental 207
FREESTYLE LANCETS 180
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER 180
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR 180
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR 180
FREESTYLE LIBRE 2 READER 180
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR 180
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR 180
FREESTYLE LIBRE 3 READER 180
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR 180
FREESTYLE LIBRE READER 180
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS 180
fresenius propoven 153
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE 170
frovatriptan succinate 197
FRUZAQLA 90
ft aspirin 21
ft aspirin low dose 21
ft b-100 complex pr 209
ft clearlax 169
ft folic acid 163
ft laxative 171
ft magnesium citrate 170
ft milk of magnesia 170
ft nicotine 241
ft nicotine mini 241
ft prenatal 213
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C 208
fulvestrant 84
FUNGIMEZ 126
FUROSCIX 137
furosemide 137, 138
FUZEON 99
FYARRO 78
fyavolv 147
FYCOMPA 36
fyremadel 141
g tussin ac 123
gabapentin 37
gabapentin (once-daily) 240
GALAFOLD 140
galantamine hydrobromide 236
galantamine hydrobromide er 236
Gallifrey 235
GALZIN 201
GAMASTAN 233
GAMIFANT 204
GAMUNEX-C 233
GANCICLOVIR 101
GANCICLOVIR SODIUM 101
ganciclovir sodium 101
GANIRELIX ACETATE 141
GARDASIL 9 252
GASTROCROM 149
gatifloxacin 225
GATTEX 150
gavilax 169
GAVILYTE-C 168
gavilyte-g 168
Gavilyte-N With Flavor Pack 168
GAVRETO 80
GAZYVA 72
gefitinib 76
GELFILM 165
GEL-FLOW NT 165
GELFOAM 165
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 165
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 165
GELFOAM SPONGE 165
GELFOAM SPONGE SIZE 100 165
GELFOAM SPONGE SIZE 200 165
GELFOAM SPONGE SIZE 50 165
GEL-ONE 219
GELSYN-3 219
GEMCITABINE HCL 70
gemcitabine hcl 70
gemfibrozil 56
gemmily 115
generlac 151
gengraf 202
GENOTROPIN 141
GENOTROPIN MINIQUICK 141
gentamicin in saline 16
gentamicin sulfate 16, 125, 225
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET 180
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) 180
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) 180
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) 180
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) 180
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) 180
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) 180
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) 180
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) 180
GENTEEL NOZZLES 180
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) 180
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) 180
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) 180
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) 180
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) 180
gentle laxative 170, 171
gentlelax 169
GENVOYA 98
GEODON 93
GIAPREZA 255
GILENYA 242
GILOTRIF 76
GIMOTI 150
GIVLAARI 156
GLASSIA 243
glatiramer acetate 239
glatopa 239
GLEOSTINE 88
GLIADEL WAFER 88
glimepiride 48
glipizide 48
glipizide er 48
glipizide xl 48
glipizide-metformin hcl 48

GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 191
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 191
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES 192
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 192
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G 180
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G 180
GLOBAL INSULIN SYRINGES 192
global lancing device 180
GLOPERBA 155
GLUCAGON EMERGENCY 44
GLUCOCOM LANCETS 28G 180
GLUCOCOM LANCETS 30G 180
GLUCOCOM LANCETS 33G 180
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 192
glyburide 49
glyburide micronized 48
glyburide-metformin 48
GLYCATE 248
glycine 154
glycine urologic 154
glycolax 169
GLYCOPHOS 199
glycopyrrolate 248
GLYCOPYRROLATE 248
GLYCOPYRROLATE PF 248
glycopyrrolate pf 248
glydo 133
GLYRX-PF 248
GLYXAMBI 47
gnp adult aspirin low strength 21
gnp aspirin 21
gnp aspirin low dose 21
gnp b-100 complex 209
gnp b-50 complex 209
gnp b-complex plus vitamin c 208
gnp clearlax 169
GNP CLICKFINE PEN NEEDLES 192
gnp essential one daily 211
gnp folic acid 163
gnp gentle laxative 171
GNP INSULIN SYRINGE 192
GNP INSULIN SYRINGES 192
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" 192
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 192
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 192
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 192
GNP LANCETS 21G 180
GNP LANCETS THIN 26G 181
GNP LANCING SYSTEM DEVICE 181
gnp magnesium citrate 170
gnp milk of magnesia 170
gnp nicotine 241
gnp nicotine mini 241
gnp nicotine polacrilex 241
GNP PRENATAL 213
GNP STERILE LANCETS 28G 181
GNP STERILE LANCETS 30G 181
GNP STERILE LANCETS 33G 181
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 192
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 192
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 192
gnp womens gentle laxative 171
GOCOVRI 91
gohibic 158
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP 181
GOJJI STERILE LANCETS 181
GOLYTELY 168
GONAL-F 144
GONAL-F RFF 144
GONAL-F RFF REDIJECT 144
goodsense aspirin 22
goodsense aspirin low dose 21
goodsense bisacodyl ec 171
goodsense bisacodyl laxative 171
goodsense clearlax 169
GOODSENSE CLICKFINE PEN NEEDLE 192
GOODSENSE COLOR LANCETS 33G 181
GOODSENSE LANCETS 26G UNIV 181
GOODSENSE LANCETS 30G 181
GOODSENSE LANCETS 30G UNIV 181
GOODSENSE LANCETS 33G 181
GOODSENSE LANCETS 33G UNIV 181
goodsense lancing device 181
goodsense magnesium citrate 170
goodsense milk of magnesia 170
goodsense nicotine 241
GOODSENSE PEN NEEDLE PENFINE 192
GOPRELTO 220
GRALISE 240
granisetron hcl 51
GRANIX 163
GRASTEK 15
griseofulvin microsize 53
griseofulvin ultramicrosize 53
guaifenesin-codeine 123
guanfacine hcl 62
guanfacine hcl er 12
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR 181
GUARDIAN 4 TRANSMITTER 181
GUARDIAN CONNECT TRANSMITTER 181
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER 181
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED 181
GUARDIAN SENSOR (3) 181
GUARDIAN SENSOR 3 181
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 44
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 44
GVOKE KIT 44
GVOKE PFS 44
GYNAZOLE-1 253
habitrol 241
HAEGARDA 158
HAEMOLANCE 181
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS 181
HAEMOLANCE PLUS 181
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW 181
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW 181
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW 181
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW 181
hailey 1.5/30 115
hailey 24 fe 115
hailey fe 1.5/30 115
hailey fe 1/20 115
HALAVEN 87
halcinonide 130
HALCION 167
HALDOL DECANOATE 94
halobetasol propionate 130
Haloette 118
haloperidol 94
haloperidol decanoate 94
haloperidol lactate 94
HARVONI 102
HAVRIX 252
HEALON DUET PRO 230
HEALON GV PRO 230
HEALON PRO 230
HEALON5 PRO 230
HEALTH CARE LANCING DEVICE 181
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 192
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 192
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 192
healthy hair/skin/nails 211
healthylax 169
heather 119
h-e-b aspirin 22
h-e-b incontrol adv lancing 181
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G 181
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G 181
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G 181
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 192
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 192
HECTOROL 142
HELIDAC THERAPY 249

HEMABATE 232
HEMADY 121
HEMANGEOL 104
HEMLIBRA 156
HEMOFIL M 156
HEPAGAM B 233
heparin (porcine) in nacl 35
HEPARIN (PORCINE) IN NACL 35
heparin na (pork) lock flsh pf 35
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W 35
heparin sod (porcine) in d5w 35
heparin sod (pork) lock flush 35
heparin sodium (porcine) 35
HEPARIN SODIUM (PORCINE) 35
heparin sodium (porcine) pf 35
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF 35
HEPLISAV-B 252
HEPZATO W/50MM CATHETER 88
HEPZATO W/62MM CATHETER 88
HER STYLE 118
HERCEPTIN 73
HERCEPTIN HYLECTA 82
HERZUMA 73
hetastarch-nacl 159
HETLIOZ LQ 168
HEXATRIONE 121
HEXTEND 159
HIBERIX 250
hidex 6-day 121
HIGH POTENCY MULTIVITAMIN 211
HIPREX 66
HIZENTRA 233
hm clearlax 169
hm milk of magnesia 170
hm nicotine polacrilex 241
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 192
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 192
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 192
HUMALOG 45
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 45
HUMALOG KWIKPEN 45
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 45
HUMALOG MIX 75/25 45
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 45
HUMATE-P 156
HUMATIN 16
HUMATROPE 141
HUMIRA (2 PEN) 17
HUMIRA (2 SYRINGE) 18
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 18
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 18
HUMULIN 70/30 45
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 45
HUMULIN N 46
HUMULIN N KWIKPEN 46
HUMULIN R 46
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 46
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 46
HYALGAN 219
HYCAMTIN 89, 90
HYCODAN 123
hydralazine hcl 63
HYDREA 83
hydrochlorothiazide 138
hydrocod poli-chlorphe poli er 124
hydrocodone bitartrate er 23
hydrocodone bit-homatrop mbr 123
hydrocodone-acetaminophen 23
hydrocodone-ibuprofen 23
hydrocortisone 27, 121, 131
hydrocortisone (perianal) 27
hydrocortisone ace-pramoxine 27
hydrocortisone butyrate 130, 131
hydrocortisone sod suc (pf) 121
hydrocortisone valerate 131
hydrocortisone-acetic acid 232
hydromet 123
hydromorphone hcl 23
hydromorphone hcl er 23
HYDROMORPHONE HCL PF 23
hydromorphone hcl pf 23
hydroxocobalamin acetate 162
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 67
hydroxychloroquine sulfate 67
hydroxyurea 83
hydroxyzine hcl 28, 29
hydroxyzine pamoate 29
HYFTOR 133
HYLENEX 202
HYMOVIS 219
HYPERHEP B 233
HYPERRAB 233
HYPERRHO S/D 233
HYPERSAL 123
HYPERTET 233
HYPOLANCE AST LANCING 181
HY-VEE LANCETS 181
HY-VEE THIN LANCETS 182
ibandronate sodium 139
IBRANCE 84
ibu 19
ibuprofen 19
ibuprofen lysine 19
ibutilide fumarate 30
icatibant acetate 158
iclevia 118
icosapent ethyl 56
IDAMYCIN PFS 81
idarubicin hcl 81
IDELVION 156
IDHIFA 85
IFEX 88
ifosfamide 88
IFOSFAMIDE 88
IGALMI 168
IHEALTH LANCING DEVICE 182
IHEEZO 227
ILARIS 18
ILEVRO 227
ILIDERM 133
ILUVIEN 229
imatinib mesylate 74
IMBRUVICA 75
IMCIVREE 14
IMDELLTRA 75
IMFINZI 74
imipenem-cilastatin 64
imipramine hcl 43
imipramine pamoate 43
imiquimod 132
imiquimod pump 132
IMJUDO 72
IMMPHENTIV 255
IMOGAM RABIES-HT 233
IMOVAX RABIES 252
IMPAVIDO 63
IMURAN 205
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 254
IMVEXXY STARTER PACK 254
IN TOUCH LANCING DEVICE 182
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G 182
inatal gt 213
INBRIJA 91
incassia 120
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 192
INCRELEX 142
indapamide 138
INDERAL XL 104
indomethacin 19
indomethacin er 19
indomethacin sodium 19
INFANRIX 246
INFED 164
INFLIXIMAB 152
INFUMORPH 200 23
INFUMORPH 500 24
INFUVITE ADULT 211
INFUVITE PEDIATRIC 213
INGREZZA 237
INLYTA 90
INNOPRAN XL 105
INQOVI 82
INREBIC 85
INSPRA 62
INSTAT 166
INSULIN LISPRO 46
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 46
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 46
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 46
INSULIN SYRINGE 192
insulin syringe-needle u-100 192
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 192
INSUPEN PEN NEEDLES 192
INTELENCE 100

INTERCEED 166
INTERCEED (TC7) 166
INTRALIPID 223
INTRAROSA 253
introvale 118
INVEGA HAFYERA 94
INVEGA SUSTENNA 94
INVEGA TRINZA 94
INVELTYS 229
IONOSOL-MB IN D5W 198
IOPIDINE 228
IPOL 252
ipratropium bromide 32, 220
ipratropium-albuterol 31
irbesartan 61
irbesartan-hydrochlorothiazide 60
IRESSA 76
irinotecan hcl 90
ISENTRESS 99
ISENTRESS HD 99
isibloom 115
isoflurane 153
ISOLYTE-P IN D5W 198
ISOLYTE-S 198
ISOLYTE-S PH 7.4 198
isoniazid 68
isoproterenol hcl 32
ISORDIL TITRADOSE 28
isosorb dinitrate-hydralazine 109
isosorbide dinitrate 28
isosorbide mononitrate 28
isosorbide mononitrate er 28
isotretinoin 125
isradipine 106
ISTODAX 77
ISTURISA 140
ITOVEBI 88
itraconazole 54
ivabradine hcl 111
ivermectin 28, 134
IWILFIN 88
IXCHIQ 252
IXEMPRA KIT 87
IXIARO 252
IXINITY 157
IYUZEH 230
IZERVAY 226
jaimiess 118
JAKAFI 85
jantoven 34
JANUMET 45
JANUMET XR 45
JANUVIA 45
JARDIANCE 47
jasmiel 115
JATENZO 26
Javygtor 145
JAYPIRCA 76
JELMYTO 81
JEMPERLI 73
jencycla 120
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL 213
JEUVEAU 131
JEVTANA 87
jinteli 147
JIVI 157
JOENJA 201
jolessa 119
Joyeaux 115
JUBLIA 132
juleber 115
JULUCA 98
junel 1.5/30 115
junel 1/20 115
junel fe 1.5/30 115
junel fe 1/20 115
junel fe 24 115
JUXTAPID 57
JYLAMVO 70
JYNARQUE 145
JYNNEOS 252
KABIVEN 223
KADCYLA 82
kaitlib fe 115
KALBITOR 160
KALETRA 98
kalliga 115
KALYDECO 243
KAMELEON LUBRICATED 174
KANJINTI 73
KANUMA 143
KAPSPARGO SPRINKLE 104
KARDIAMEMBRANE 135
kariva 114
KATERZIA 106
KCENTRA 157
KCL (0.149%) IN NACL 198
kcl (0.149%) in nacl 198
KCL (0.298%) IN NACL 198
kcl in dextrose-nacl 198
KCL IN DEXTROSE-NACL 198
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 198
KEDBUMIN 160
KEDRAB 233
kelnor 1/35 115
kelnor 1/50 115
KENALOG-10 121
KENALOG-40 121
KENALOG-80 121
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS 136
KENGREAL 159
KEPIVANCE 84
KERENDIA 144
KESIMPTA 238
KETALAR 153
ketamine hcl 153
ketoconazole 53, 132
ketodan 132
ketoprofen er 19
ketorolac tromethamine 19, 227
KETOROLAC TROMETHAMINE 19
KEYTRUDA 73
KHAPZORY 84
KIMMTRAK 75
kimono 174
KIMONO COLORS 174
KIMONO MAXX-LARGE FLARE 174
kimono micro thin 174
kimono micro thin plus 174
kimono plus 174
kimono ps 174
kimono ps plus 174
kimono sensation 174
kimono sensation plus 174
KIMONO SPECIAL 174
KIMYRSA 64
KINNEY LANCETS 182
KINNEY THIN LANCETS 182
KINRAY INSULIN SYRINGE 192
KINRIX 246
KISQALI (200 MG DOSE) 84
KISQALI (400 MG DOSE) 84
KISQALI (600 MG DOSE) 84
KLARON 124
Klayesta 126
KLISYRI (250 MG) 133
KLISYRI (350 MG) 133
klor-con 200
klor-con 10 200
klor-con m10 200
klor-con m15 200
klor-con m20 200
KLOXXADO 50
kls aspirin low dose 22
kls laxaclear 169
kls quit2 241
kls quit4 241
KMART VALU INSULIN SYRINGE 29G 192
KMART VALU INSULIN SYRINGE 30G 192
KOATE 157
KOATE-DVI 157
kobee 209
KOGENATE FS 157
KORSUVA 206
KOSELUGO 78
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 214
Kourzeq 207
KOVALTRY 157
kp aspirin 22
kp b complex-c 208
kp bisacodyl 171
kp folic acid 163
KP PRENATAL MULTIVITAMINS 214
K-PHOS 199
K-PHOS NO 2 154
K-PHOS-NEUTRAL 199
KPN PRENATAL 214
KRAZATI 78
KRINTAFEL 67
KRISTALOSE 169
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE 182
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G 182

KROGER INSULIN SYRINGE 192
KROGER LANCETS 182
KROGER LANCETS 21G 182
KROGER LANCETS MICRO THIN 33G 182
KROGER LANCETS SUPER THIN 182
KROGER LANCETS THIN 182
KROGER LANCETS THIN 26G 182
KROGER LANCETS ULTRATHIN 30G 182
kroger lancing device 182
KROGER PEN NEEDLES 193
KRYSTEXXA 155
K-TAB 200
kurvelo 115
KYLEENA 119
KYPROLIS 80
labetalol hcl 104
lacosamide 37
lactated ringers 198, 203
LACTULOSE 169
lactulose 169
lactulose encephalopathy 152
LAGEVRIO 103
lamivudine 100, 102
lamivudine-zidovudine 98
lamotrigine 37, 38
lamotrigine er 37
lamotrigine starter kit-blue 38
lamotrigine starter kit-green 38
lamotrigine starter kit-orange 38
LAMPIT 63
LAMZEDE 139
lancet device 182
lancet device with ejector 182
LANCETS 182
LANCETS 30G 182
LANCETS 33G 182
LANCETS MICRO THIN 33G 182
LANCETS SUPER THIN 182
LANCETS SUPER THIN 28G 182
LANCETS THIN 182
LANCETS ULTRA THIN 182
LANCETS ULTRA THIN 30G 182
lancing device 182
LANOXIN 108
LANOXIN PEDIATRIC 108
LANREOTIDE ACETATE 145
lansoprazole 248
lanthanum carbonate 152
LANTUS 46
LANTUS SOLOSTAR 46
LANZO 182
lapatinib ditosylate 79
larin 1.5/30 115
larin 1/20 115
larin 24 fe 115
larin fe 1.5/30 115
larin fe 1/20 115
LASIX 138
latanoprost 230
LATISSE 134
LAVARE WOUND WASH 136
laxative 171
layolis fe 116
LAZCLUZE 76
leader advanced lancing device 182
LEADER INSULIN SYRINGE 193
LEADER UNIFINE PENTIPS 193
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 193
leena 120
leflunomide 20
LEMTRADA 238
lenalidomide 203
LENTOCILIN 234
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ... 90
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ... 90
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ... 90
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ... 90
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ... 90
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ... 90
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 90
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 90
LEQVIO 58
lessina 116
letrozole 83
leucovorin calcium 84
LEUKERAN 88
LEUKINE 164
leuprolide acetate 86
leuprolide acetate (3 month) 86
levalbuterol hcl 32
levalbuterol tartrate 32
levamlodipine maleate 106
levetiracetam 38
levetiracetam er 38
LEVETIRACETAM IN NACL 38
levobunolol hcl 223
levocarnitine 140
levocarnitine sf 140
levocetirizine dihydrochloride 55
levofloxacin 149, 225
levofloxacin in d5w 149
levoleucovorin calcium 84
levoleucovorin calcium pf 84
levonest 120
levonorgest-eth est & eth est 119
levonorgest-eth estrad 91-day 119
levonorgest-eth estradiol-iron 116
levonorgestrel 118
levonorgestrel-ethinyl estrad 116, 118
levonorg-eth estrad triphasic 120
LEVOPHED 255
levora 0.15/30 (28) 116
levorphanol tartrate 24
levo-t 245
LEVOTHYROXINE SODIUM 245, 246
levothyroxine sodium 246
levoxyl 246
LEVULAN KERASTICK 133
l-glutamine 162
LIBERTY MEDICAL LANCETS 182
LIBERTY MINI LANCING DEVICE 182
LIBRAX 247
LIBTAYO 73
lidocaine 133
lidocaine hcl 133, 172, 206
lidocaine hcl (cardiac) 30
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF 30
lidocaine hcl (cardiac) pf 30
lidocaine hcl (pf) 172
lidocaine hcl urethral/mucosal 133
lidocaine in d5w 30
lidocaine viscous hcl 206
lidocaine-epinephrine 171
lidocaine-epinephrine (pf) 171
lidocaine-prilocaine 135
LILETTA (52 MG) 119
LINCOCIN 66
lincomycin hcl 66
linezolid 66
linezolid in sodium chloride 66
LINZESS 150
liothyronine sodium 246
lipo flavonoid plus 217
LIPOFEN 57
lipoflavovit 217
LIPOTRIAD 217
liraglutide 46
lisdexamfetamine dimesylate 12, 13
lisinopril 59
lisinopril-hydrochlorothiazide 58
LITE TOUCH LANCETS 182
LITE TOUCH LANCING PEN 182
LITETOUCH INSULIN SYRINGE 193
LITETOUCH LANCETS 182
LITETOUCH PEN NEEDLES 193
lithium 93
lithium carbonate 93
lithium carbonate er 93
LITHOSTAT 155
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN 183
LIVMARLI 150
LIVTENCITY 101
lmd in d5w 159
lmd in nacl 159
LO LOESTRIN FE 114
LODINE 19
LODOSYN 92
loestrin 1.5/30 (21) 116
loestrin 1/20 (21) 116
loestrin fe 1.5/30 116
loestrin fe 1/20 116
lofexidine hcl 235
lojaimiess 119
LOKELMA 205
LOMAIRA 13
LOMOTIL 49
LONGS INSULIN SYRINGE 193
LONGS LANCETS STANDARD 183
LONGS LANCETS THIN 183
LONGS LANCETS ULTRA THIN 183
LONSURF 82
loperamide hcl 49
LOPID 57

lopinavir-ritonavir 98
LOQTORZI 73
lorazepam 29
lorazepam intensol 29
LORBRENA 71
loryna 116
losartan potassium 61
losartan potassium-hctz 60
LOTEMAX 229
LOTEMAX SM 229
LOTENSIN 59
LOTENSIN HCT 58, 59
loteprednol etabonate 229
lovastatin 57
low-ogestrel 116
loxapine succinate 95
lo-zumandimine 116
lubiprostone 149
LUCENTIS 231
LUGOLS STRONG IODINE 97
luliconazole 132
LUMAKRAS 78
LUMIGAN 230
LUMIZYME 140
LUNSUMIO 75
LUPKYNIS 202
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 86
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 86
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 86
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 86
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 143
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 143
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 143
lurasidone hcl 93
LUTATHERA 82
lutera 116
LUZU 132
LYBALVI 243
lyleq 120
lyllana 148
LYNPARZA 89
LYRICA CR 240
LYSODREN 69
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 76
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 76
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 76
LYUMJEV 46
LYUMJEV KWIKPEN 46
lyza 120
MACROBID 66
MACRODANTIN 66
mafenide acetate 129
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 193
magnesium citrate 170
MAGNESIUM SULFATE 199
MAGNESIUM SULFATE IN D5W 199
MALARONE 67
malathion 134
manganese chloride 199
mannitol 138
MARATHON MEDICAL PENTIPS 193
maraviroc 98
MARCAINE 172
MARCAINE PRESERVATIVE FREE 172
MARCAINE/EPINEPHRINE 171
MARCAINE/EPINEPHRINE PF 171
MAR-COF CG EXPECTORANT 123
MARGENZA 73
MARINOL 52
marlissa 116
MARPLAN 41
MASONATAL 214
MATULANE 83
matzim la 107
MAVENCLAD (10 TABS) 237
MAVENCLAD (4 TABS) 237
MAVENCLAD (5 TABS) 237
MAVENCLAD (6 TABS) 237
MAVENCLAD (7 TABS) 238
MAVENCLAD (8 TABS) 238
MAVENCLAD (9 TABS) 238
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 193
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 193
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 193
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" 193
MAXIDEX 229
MAXITROL 228
maxi-tuss ac 123
MAXI-TUSS CD 124
maxx 174
maxx plus 174
MAYZENT 242
MAYZENT STARTER PACK 242
meclizine hcl 52
meclofenamate sodium 19
MEDIC INSULIN SYRINGE 193
MEDICHOICE SAFETY LANCET 183
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA 183
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM 183
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES 193
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G 183
MEDLANCE PLUS LITE 25G 183
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM 183
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G 183
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G 183
MEDROL 121
medroxyprogesterone acetate 119, 235
mefenamic acid 19
mefloquine hcl 67
mega multiple/chelated mineral 217
megestrol acetate 89, 235
MEIJER LANCETS 183
MEIJER LANCETS THIN 183
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G 183
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G 183
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G 183
MEIJER PEN NEEDLES 193
MEIJER SUPER THIN LANCETS 183
MEKINIST 78
MEKTOVI 78
meloxicam 19
melphalan hcl 88
memantine hcl 239
memantine hcl er 239
MENEST 148
MENOPUR 144
MENOSTAR 148
MENQUADFI 250
MENVEO 250
meperidine hcl 24
meprobamate 29
MEPRON 64
MEPSEVII 144
mercaptopurine 70
meropenem 64
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE 64
merzee 116
mesalamine 151
mesalamine er 151
mesalamine-cleanser 151
mesna 90
MESNEX 90
MESTINON 67
metformin hcl 44
metformin hcl er 44
METHADONE HCL 24
methadone hcl 24
methadone hcl intensol 24
METHADOSE 24
methadose 24
METHADOSE SUGAR-FREE 24
methazolamide 137
methenamine hippurate 66
methergine 232
methimazole 245
methocarbamol 218
methotrexate sodium 70
methotrexate sodium (pf) 70
methoxsalen rapid 127
methscopolamine bromide 248
methsuximide 40
methyldopa 62
methylene blue 50
methylene blue (antidote) 50
methylergonovine maleate 232
methylphenidate 15
methylphenidate hcl 15
methylphenidate hcl er 15
methylphenidate hcl er (cd) 14
methylphenidate hcl er (la) 14, 15
methylphenidate hcl er (osm) 15

METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ... 15
methylphenidate hcl er (xr) ... 15
methylprednisolone ... 121
methylprednisolone sodium succ ... 122
metoclopramide hcl ... 150
metolazone ... 138
metoprolol succinate er ... 104
metoprolol tartrate ... 104
metoprolol-hydrochlorothiazide ... 62
METROCREAM ... 134
METRONIDAZOLE ... 63
metronidazole ... 63, 134, 254
metyrosine ... 60
mexiletine hcl ... 30
MI PASTE ... 175
MI PASTE PLUS ... 175
MIACALCIN ... 140
Mibelas 24 Fe ... 116
MICAFUNGIN SODIUM ... 53
micafungin sodium-nacl ... 53
miconazole 3 ... 253
miconazole-zinc oxide-petrolat ... 126
MICRHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS ... 233
MICRODOT PEN NEEDLE ... 193
microgestin 1.5/30 ... 116
microgestin 1/20 ... 116
microgestin fe 1.5/30 ... 116
microgestin fe 1/20 ... 116
MICROLET LANCETS ... 183
MICROLET NEXT LANCING DEVICE ... 183
midazolam hcl ... 167
midazolam hcl (pf) ... 167
MIDAZOLAM HCL-SODIUM CHLORIDE ... 167
midazolam-sodium chloride (pf) ... 167
midodrine hcl ... 255
MIFEPREX ... 138
mifepristone ... 47, 138
migergot ... 197
miglitol ... 44
miglustat ... 161
mili ... 116
milk of magnesia ... 170
milrinone lactate ... 109
milrinone lactate in dextrose ... 108
mimvey ... 147
mineral oil heavy ... 169
mini lancing device ... 183
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER ... 183
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS ... 183
MINOCIN ... 245
minocycline hcl ... 245
minoxidil ... 63
MIOCHOL-E ... 224
MIOSTAT ... 224
mirabegron er ... 249
MIRAPEX ER ... 92
MIRCERA ... 162
MIRENA (52 MG) ... 119
mirtazapine ... 40, 41
MIRVASO ... 134
misoprostol ... 249
mitigo ... 24
mitomycin ... 81, 225
MITOSOL ... 225
mitoxantrone hcl ... 81
mm aspirin ... 22
mm clearlax ... 169
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 193
MM LANCING DEVICE ... 183
MM PEN NEEDLES ... 193
MM TWIST LANCETS ... 183
M-M-R II ... 251
M-NATAL PLUS ... 214
modafinil ... 15
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y ... 252
moexipril hcl ... 59
molindone hcl ... 95
mometasone furoate ... 131, 220
mondoxyne nl ... 245
MONJUVI ... 71
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY ... 172
monoject flush syringe ... 200
MONOJECT INSULIN SYRINGE .. 193
monoject sodium chloride flush ... 200
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE ... 193
MONOLET LANCETS ... 183
MONOLET OPD LANCETS ... 183
MONOLETTOR SAFETY LANCETS ... 183
mono-linyah ... 116
MONOVISC ... 219
montelukast sodium ... 33
MORPHINE SULFATE ... 24
morphine sulfate ... 24
morphine sulfate (concentrate) ... 24
morphine sulfate (pf) ... 24
MORPHINE SULFATE (PF) ... 24
morphine sulfate er ... 24
morphine sulfate er beads ... 24
MOTOFEN ... 49
MOUNJARO ... 46
MOVANTIK ... 152
MOVIPREP ... 168
MOXIFLOXACIN HCL ... 149
moxifloxacin hcl ... 149, 225
moxifloxacin hcl (2x day) ... 225
moxifloxacin hcl in nacl ... 149
MOZOBIL ... 162
MRESVIA ... 252
MS INSULIN SYRINGE ... 193
MULPLETA ... 164
MULTAQ ... 30
MULTI PRENATAL ... 214
multi vitamin ... 211
MULTI VITAMIN W/D-3 ... 211
multi-lancet device ... 183
MULTI-LANCET DEVICE 2 ... 183
multiple electro type 1 ph 5.5 ... 198
multiple electro type 1 ph 7.4 ... 198
multiple vitamin-folic acid ... 211
multiple vitamins ... 211
multiple vitamins essential ... 211
multiple vitamins/iron ... 210
MULTITRACE-4 PEDIATRIC ... 200
MULTIVITAMIN ... 211
multi-vitamin ... 211
multivitamin adult ... 211
multivitamin iron-free ... 211
multivitamin plus iron adult ... 210
multivitamin w/fluoride ... 212
multivitamin/fluoride ... 212
multi-vitamin/fluoride ... 212
multi-vitamin/fluoride/iron ... 212
multi-vitamin/iron ... 210
MULTI-VIT-FLOR ... 212
MULTRYS ... 200
mupirocin ... 125
mutamycin ... 81
MVASI ... 90
my choice ... 118
my way ... 118
MYALEPT ... 142
MYCAMINE ... 53
MYCAPSSA ... 145
mycophenolate mofetil ... 203
mycophenolate mofetil hcl ... 203
mycophenolate sodium ... 203
mycophenolic acid ... 203
MYDCOMBI ... 224
MYDRIACYL ... 224
MYFEMBREE ... 148
MYFORTIC ... 203
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G ... 183
MYHIBBIN ... 203
MYLERAN ... 68
MYLOTARG ... 72
MYOBLOC ... 221
MYRBETRIQ ... 250
MYTESI ... 49
MYXREDLIN ... 46
na ferric gluc cplx in sucrose ... 164
na sulfate-k sulfate-mg sulf ... 168
NABI-HB ... 233
nabumetone ... 19
nadolol ... 105
nafcillin sodium ... 235
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE ... 235
naftifine hcl ... 126
NAFTIN ... 126
NAGLAZYME ... 143
nalbuphine hcl ... 26
nalmefene hcl ... 51
naloxone hcl ... 51
naltrexone hcl ... 51
NAMENDA TITRATION PAK ... 239
NAMZARIC ... 236
naproxen ... 19
naproxen dr ... 19

naproxen sodium ... 19
naratriptan hcl ... 197
NARDIL ... 41
NAROPIN ... 172
NATACYN ... 225
natal pnv ... 214
NATALVIT ... 214
NATAZIA ... 119
nateglinide ... 47
NATESTO ... 27
NATROBA ... 134
nat-rul b-50 ... 217
nat-rul daily-vite+iron ... 210
NAYZILAM ... 36
nebivolol hcl ... 104
NEBUPENT ... 63
Nebusal ... 123
necon 0.5/35 (28) ... 116
NEEVO DHA ... 214
nefazodone hcl ... 42
nelarabine ... 70
NEOMULTIVITE ... 211
neomycin sulfate ... 16
neomycin-bacitracin zn-polymyx ... 225
neomycin-polymyxin b gu ... 154
neomycin-polymyxin-dexameth ... 228
neomycin-polymyxin-gramicidin ... 225
neomycin-polymyxin-hc ... 228, 231
NEONATAL COMPLETE ... 214
NEONATAL PLUS ... 214
neonatal prenatal ... 214
NEONATAL VITAMIN ... 214
neo-polycin ... 225
neo-polycin hc ... 228
NEOPROFEN ... 19
NEORAL ... 202
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE ... 67
NEO-SYNALAR ... 125
NEOX 100 ... 135
NEOX CORD 1K ... 135
nephro vitamins ... 208
NEPHRO-VITE ... 208
NERLYNX ... 79
NESACAINE ... 172
NESACAINE-MPF ... 172
NESTABS ... 214
NESTABS DHA ... 214
NESTABS ONE ... 216
neuac ... 125
NEULASTA ... 163
NEULASTA ONPRO ... 163
NEUPOGEN ... 163
NEUPRO ... 92
NEVANAC ... 227
nevirapine ... 100
nevirapine er ... 100
new day ... 118
NEXAVAR ... 79
NEXIUM I.V. ... 248
NEXLETOL ... 55
NEXLIZET ... 55
NEXOBRID ... 131
NEXPLANON ... 119
NEXTERONE ... 30
NEXTSTELLIS ... 116
NEXVIAZYME ... 140
niacin (antihyperlipidemic) ... 57
niacin er (antihyperlipidemic) ... 57
niacor ... 57
nicardipine hcl ... 107
NICARDIPINE HCL IN NACL ... 107
NICODERM CQ ... 241
NICORETTE ... 241
NICORETTE MINI ... 241
NICORETTE STARTER KIT ... 241
NICOTINE ... 242
nicotine ... 242
nicotine mini ... 241
nicotine polacrilex ... 241, 242
nicotine polacrilex mini ... 241
nicotine step 1 ... 242
nicotine step 2 ... 242
nicotine step 3 ... 242
NICOTROL ... 242
NICOTROL NS ... 242
nifedipine ... 107
nifedipine er ... 107
nifedipine er osmotic release ... 107
nikki ... 116
nilutamide ... 69
nimodipine ... 107
NINJACOF-XG ... 123
NINLARO ... 80
NIPENT ... 83
NIPRIDE RTU ... 63
nisoldipine er ... 107
nitazoxanide ... 64
NITHIODOTE ... 49
nitisinone ... 141, 142
NITRO-BID ... 28
NITRO-DUR ... 28
nitrofurantoin ... 66
nitrofurantoin macrocrystal ... 66
nitrofurantoin monohyd macro ... 66
nitroglycerin ... 27, 28
NITROGLYCERIN ... 28
nitroglycerin in d5w ... 28
NITROLINGUAL ... 28
nitroprusside sodium ... 63
nitroprusside sodium-nacl ... 63
NITROSTAT ... 28
NITYR ... 142
niva thyroid ... 246
NIVA-PLUS ... 214
NIVESTYM ... 163
nizatidine ... 247
NOCDURNA ... 147
nora-be ... 120
norelgestromin-eth estradiol ... 117
norethin ace-eth estrad-fe ... 116
norethindrone ... 120
norethindrone acetate ... 235
norethindrone acet-ethinyl est ... 116
norethindrone-eth estradiol ... 147
norethindron-ethinyl estrad-fe ... 120
norethin-eth estradiol-fe ... 116
norgesic ... 218
norgestimate-eth estradiol ... 116
norgestim-eth estrad triphasic ... 120
NORLIQVA ... 107
norlyroc ... 120
normal saline flush ... 200
NORMOSOL-M IN D5W ... 198
NORMOSOL-R ... 198
NORMOSOL-R IN D5W ... 198
NORMOSOL-R PH 7.4 ... 199
NORPACE ... 29
NORPACE CR ... 29
NORPRAMIN ... 43
nortrel 0.5/35 (28) ... 116
nortrel 1/35 (21) ... 116
nortrel 1/35 (28) ... 116
nortrel 7/7/7 ... 120
nortriptyline hcl ... 43
NORVIR ... 99
NOURIANZ ... 91
NOVA SAFETY LANCETS 23G ... 183
NOVA SAFETY LANCETS 28G ... 183
NOVA SUREFLEX LANCETS ... 183
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE ... 183
NOVAREL ... 144
novavax covid-19 vaccine ... 252
novite ... 211
NOVOEIGHT ... 157
NOVOFINE PEN NEEDLE ... 193
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE ... 193
NOVOSEVEN RT ... 157
NOXAFIL ... 54
np thyroid ... 246
NPLATE ... 164
NUBEQA ... 69
NUCALA ... 33
NUCYNTA ... 24
NUEDEXTA ... 240
NULIBRY ... 143
NULOJIX ... 205
NUMBRINO ... 220
NUPLAZID ... 93
NURTEC ... 196
NUTRILIPID ... 223
NUVARING ... 118
NUVESSA ... 254
NUWIQ ... 157
NUZYRA ... 244
nyamyc ... 126
nylia 1/35 ... 116
nylia 7/7/7 ... 120
NYMALIZE ... 107
nystatin ... 53, 126, 206
nystatin-triamcinolone ... 126
nystop ... 126
OB COMPLETE ... 214
OB COMPLETE ONE ... 214
OB COMPLETE PETITE ... 214
OB COMPLETE PREMIER ... 214
OB COMPLETE/DHA ... 214
obizur ... 157

OCALIVA 149
ocella 117
OCTAGAM 233
OCTAPLAS BLOOD GROUP A 160
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB 160
OCTAPLAS BLOOD GROUP B 160
OCTAPLAS BLOOD GROUP O 160
octreotide acetate 145, 146
OCUFLOX 225
ODACTRA 16
ODEFSEY 98
ODOMZO 77
OFEV 244
ofloxacin 149, 225, 231
OGIVRI 73
OGSIVEO 77
OHTUVAYRE 33
OJEMDA 75
OJJAARA 86
olanzapine 97
olanzapine-fluoxetine hcl 243
OLINVYK 24
olmesartan medoxomil 61
olmesartan medoxomil-hctz 60
olmesartan-amlodipine-hctz 61
olopatadine hcl 220
OLPRUVA (2 GM DOSE) 146
OLPRUVA (3 GM DOSE) 146
OLPRUVA (4 GM DOSE) 146
OLPRUVA (5 GM DOSE) 146
OLPRUVA (6 GM DOSE) 146
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) 146
OMECLAMOX-PAK 249
omega-3-acid ethyl esters 56
OMEGAVEN 223
omeprazole 248
OMIDRIA 229
OMNICAP 211
OMNIFLEX DIAPHRAGM 175
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 189
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 189
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 189
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 189
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) 189
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 189
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 189
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 189
ONCASPAR 82
once daily 211
ondansetron 51
ondansetron hcl 51
one daily 211
one daily essential 211
one daily essentials 211
one daily multivitamin adult 211
one daily multivitamin/iron 210
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN 211
ONE VITE WOMENS 214
ONE VITE WOMENS PLUS 214
one-daily multi vitamins 211
one-daily multi-vitamin 211
one-daily multi-vitamin/iron 210
one-daily/iron 210
ONELAX MAGNESIUM CITRATE 170
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G 184
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G 184
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING 184
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING 184
ONETOUCH ULTRA 136
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST 136
ONETOUCH ULTRA TEST 136
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS 184
ONETOUCH VERIO 136
ONGENTYS 92, 93
ONIVYDE 90
ONPATTRO 240
ONTRUZANT 73
ONUREG 70
opcicon one-step 118
OPDIVO 73
OPDUALAG 71
OPFOLDA 140
OPILL 120
OPSUMIT 110
OPSYNVI 109
option 2 118
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 253
OPVEE 51
OPZELURA 128
ORABLOC 171
ORALAIR 16
oralone 207
ORAPRED ODT 122
ORAVIG 206
ORBACTIV 64
ORENITRAM 110
ORENITRAM MONTH 1 109
ORENITRAM MONTH 2 110
ORENITRAM MONTH 3 110
ORFADIN 142
ORGOVYX 85
ORIAHNN 148
ORILISSA 141
ORKAMBI 243
ORLADEYO 160
orlistat 14
Ormalvi 137
orphenadrine citrate 218
orphenadrine citrate er 218
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE 219
orphengesic forte 219
ORSERDU 89
ORTHOVISC 219
oseltamivir phosphate 103
osmitrol 138
OSMOLEX ER 91
OSPHENA 145
OTEZLA 20
OTOVEL 231
OTREXUP 17
OVIDE 134
OVIDREL 144
oxacillin sodium 235
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE 235
oxaliplatin 68
oxaprozin 19
oxazepam 29
oxcarbazepine 38
oxcarbazepine er 38
OXERVATE 227
oxiconazole nitrate 132
OXISTAT 132
OXLUMO 155
oxybutynin chloride 249
oxybutynin chloride er 249
oxycodone hcl 24, 25
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 25
oxycodone-acetaminophen 25
oxymorphone hcl 25
oxymorphone hcl er 25
oxytocin 232
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 47
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 47
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 47
OZURDEX 229
pacerone 30
paclitaxel 87
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART 87
PADCEV 73
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) 15
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) 15
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) 15
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) 15
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) 15
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) 15
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) 16
PALFORZIA (300 MG TITRATION) 16
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) 16
PALFORZIA INITIAL ESCALATION 16

PALINGEN FLOW 135
PALINGEN HYDROMEMBRANE 135
PALINGEN INOVOFLO 135
PALINGEN MEMBRANE 135
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE 135
PALINGEN XPLUS MEMBRANE 135
paliperidone er 94
PALONOSETRON HCL 51
palonosetron hcl 51
PALYNZIQ 145
PAMELOR 43
pamidronate disodium 139
PAMIDRONATE DISODIUM 139
PANCREAZE 137
PANHEMATIN 159
PANRETIN 127
pantoprazole sodium 248
pantoprazole sodium-nacl 248
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER 184
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER 118
paraplatin 68
paricalcitol 142
PARLODEL 91
PARNATE 41
paroxetine hcl 42
paroxetine hcl er 42
paroxetine mesylate 243
PARSABIV 139
PAVBLU 231
PAXIL 42
PAXLOVID (150/100) 101
PAXLOVID (300/100) 101
pazopanib hcl 79
PC UNIFINE PENTIPS 193
PEDIAPRED 122
PEDIARIX 246
PEDMARK 88
PEDVAX HIB 250
peg 3350 169
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 168
peg-3350/electrolytes 168
peg-3350/electrolytes/ascorbat 168
PEGASYS 102
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 168
PEG-PREP 168
PEMAZYRE 77
pemetrexed 70
pemetrexed dipotassium 70
pemetrexed disodium 70
pemetrexed ditromethamine 70
PEMFEXY 70
PEMGARDA 232
PEMRYDI RTU 70
pen needle/5-bevel tip 193
PEN NEEDLES 193
PEN NEEDLES 5/16" 193
PENBRAYA 250
penciclovir 128
penicillamine 201
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 234
penicillin g potassium 234
penicillin g sodium 234
penicillin v potassium 234
PENTACEL 246
PENTAM 63
pentamidine isethionate 63
PENTASA 151
pentazocine-naloxone hcl 26
PENTIPS 193
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 193
pentobarbital sodium 166
pentoxifylline er 159
PEPCID 247
PERFECT LANCETS 28G 184
PERFECT LANCETS 30G 184
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 184
PERFOROMIST 32
PERIDEX 206
PERIKABIVEN 223
perindopril erbumine 59
periogard 206
PERJETA 73
permethrin 134
perphenazine 96
perphenazine-amitriptyline 239
PERSERIS 94
PERTZYE 137
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y 253
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y 253
pfizerpen 234
PHARMACIST CHOICE LANCETS 184
PHARMACY COUNTER LANCETS 184
PHEBURANE 146
phendimetrazine tartrate 13
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER 13
phenelzine sulfate 41
PHENERGAN 55
phenobarbital 166
phenobarbital sodium 167
phenoxybenzamine hcl 60
phentermine hcl 13
phentolamine mesylate 60
phenylephrine hcl 224
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) 255
phenylephrine hcl (pressors) 255
PHENYTEK 40
phenytoin 40
phenytoin infatabs 40
phenytoin sodium 40
phenytoin sodium extended 40
PHESGO 82
PHEXXI 254
philith 117
phillips milk of magnesia 170
phospha 250 neutral 199
PHOSPHOLINE IODIDE 224
phosphorous 199
phospho-trin 250 neutral 199
phospho-trin k500 199
PHOTOFRIN 83
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT 228
PHOXILLUM B22K4/0 201
PHOXILLUM BK4/2.5 201
physiolyte 203
physiosol irrigation 203
phytonadione 256
PIASKY 158
PIFELTRO 100
pilocarpine hcl 207, 224
pimecrolimus 133
pimozide 240
pimtrea 114
pindolol 105
pioglitazone hcl 49
pioglitazone hcl-glimepiride 49
pioglitazone hcl-metformin hcl 49
PIP LANCETS 28G 184
PIP LANCETS 30G 184
pip pen needles 31g x 5mm 193
pip pen needles 32g x 4mm 193
piperacillin sod-tazobactam so 235
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 88
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 88
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 89
pirfenidone 244
piroxicam 20
PITOCIN 232
PLASMA-LYTE A 199
PLEGRIDY 238
PLEGRIDY STARTER PACK 238
plenamine 222
PLENVU 168
plerixafor 162
PLUVICTO 82
PNEUMOVAX 23 250
pnv prenatal plus multivit+dha 214
PNV TABS 20-1 214
pnv-dha 216
PNV-DHA+DOCUSATE 216
PNV-OMEGA 214
pnv-select 214
podofilox 132
POLIVY 72
polocaine 172
polocaine-mpf 172
polycin 225
polyethylene glycol 3350 169
polymyxin b sulfate 66
polymyxin b-trimethoprim 225
POLY-TUSSIN AC 124
POLY-VI-FLOR 212
POLY-VI-FLOR/IRON 212
POMALYST 77
POMBILITI 141
PONVORY 243
PONVORY STARTER PACK 243

portia-28 ... 117
PORTRAZZA ... 76
posaconazole ... 54
POSFREA ... 51
POSIMIR ... 172
POTASSIUM ACETATE ... 200
POTASSIUM CHLORIDE ... 200
potassium chloride ... 200
potassium chloride crys er ... 200
potassium chloride er ... 200
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL ... 199
potassium chloride in nacl ... 199
potassium citrate er ... 154
potassium cl in dextrose 5% ... 198
POTASSIUM PHOSPHATES ... 199
potassium phosphates ... 199
potassium phosphates(66 meq k) ... 199
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) ... 199
POTELIGEO ... 71
pramipexole dihydrochloride ... 92
pramipexole dihydrochloride er ... 92
PRAMOSONE ... 134
PRAMOTIC ... 231
prasugrel hcl ... 161
pravastatin sodium ... 57
PRAXBIND ... 50
praziquantel ... 28
prazosin hcl ... 62
PRECEDEX ... 168
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE ... 193
PRED MILD ... 229
prednisolone ... 122
prednisolone acetate ... 229
prednisolone sodium phosphate ... 122
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ... 229
prednisone ... 122
PREDNISONE INTENSOL ... 122
PREFERRED PLUS INSULIN SYRINGE ... 193
PREFERRED PLUS LANCETS COLORED ... 184
PREFERRED PLUS LANCETS THIN ... 184
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS ... 193
pregabalin ... 38
pregabalin er ... 240
PREGEN DHA ... 216
PREGENNA ... 214
PREGNYL ... 144
PREMARIN ... 148, 254
PREMASOL ... 222
PREMESISRX ... 217
PREMPHASE ... 148
PREMPRO ... 148
prena 1 true ... 216
prena1 ... 217
PRENA1 PEARL ... 214
PRENAISSANCE ... 216
PRENAISSANCE PLUS ... 216
PRENATAL ... 215
PRENATAL (W/IRON & FA) ... 214
PRENATAL 19 ... 214
prenatal 19 ... 214
PRENATAL COMPLETE ... 214
PRENATAL FORTE ... 215
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ... 216
PRENATAL ONE DAILY ... 215
PRENATAL PLUS ... 215
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ... 215
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ... 215
prenatal vitamins ... 215
PRENATAL VITAMINS ... 215
PRENATAL/IRON ... 215
PRENATAL-U ... 215
PRENATE ... 217
PRENATE AM ... 217
PRENATE DHA ... 216
PRENATE ELITE ... 215
PRENATE ENHANCE ... 216
PRENATE ESSENTIAL ... 216
PRENATE MINI ... 216
PRENATE PIXIE ... 217
PRENATE RESTORE ... 217
PRENATRIX ... 215
PRENATRYL ... 215
PREPIDIL ... 232
PRESTALIA ... 58
PRETOMANID ... 68
prevalite ... 56
PREVDUO ... 49
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES ... 194
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES ... 194
PREVIDENT ... 207
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS ... 207
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH ... 207
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT ... 206
PREVIDENT 5000 KIDS ... 207
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE ... 207
PREVIDENT 5000 PLUS ... 207
PREVIDENT 5000 SENSITIVE ... 206
PREVNAR 20 ... 250
PREVYMIS ... 101
PREZISTA ... 99
PRIFTIN ... 68
PRIMACARE ... 215
PRIMAQUINE PHOSPHATE ... 67
PRIMAXIN IV ... 64
primidone ... 38
PRIORIX ... 251
PRISMASOL B22GK 4/0 ... 202
PRISMASOL BGK 0/2.5 ... 202
PRISMASOL BGK 2/0 ... 202
PRISMASOL BGK 2/3.5 ... 202
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 ... 202
PRISMASOL BGK 4/2.5 ... 202
PRISMASOL BK 0/0/1.2 ... 202
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE ... 194
PRO COMFORT LANCETS 30G ... 184
PRO COMFORT LANCETS 31G ... 184
PRO COMFORT PEN NEEDLES ... 194
pro comfort safety lancets 30g ... 184
PROAIR RESPICLICK ... 32
probenecid ... 155
procainamide hcl ... 29
PROCARDIA XL ... 107
procentra ... 13
prochlorperazine ... 96
prochlorperazine edisylate ... 96
prochlorperazine maleate ... 96
PROCRIT ... 162
PROCTOCORT ... 27
PROCTOFOAM HC ... 27
procto-med hc ... 27
proctosol hc ... 27
proctozone-hc ... 28
PROCYSBI ... 154
PRODIGY INSULIN SYRINGE ... 194
PRODIGY LANCETS 28G ... 184
PRODIGY LANCING DEVICE ... 184
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G ... 184
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G ... 184
PROFILNINE ... 157
progesterone ... 235
PROGLYCEM ... 45
PROGRAF ... 204
PROLASTIN-C ... 243
PROLEUKIN ... 83
PROLIA ... 145
PROMACTA ... 164
promethazine hcl ... 55
promethazine vc ... 123
promethazine-codeine ... 124
promethazine-dm ... 123
promethazine-phenylephrine ... 123
promethegan ... 55
propafenone hcl ... 30
propafenone hcl er ... 30
proparacaine hcl ... 227
PROPECIA ... 136
PROPEL ... 220
PROPEL MINI ... 220
PROPEL MINI SDS ... 220
propofol ... 153
propranolol hcl ... 105
propranolol hcl er ... 105
propylthiouracil ... 245
PROQUAD ... 251
PRO-RED AC ... 124
PROSCAR ... 153
PROSOL ... 222
PROSTIN VR ... 205
protamine sulfate ... 160
PROTONIX ... 248

PROTOPAM CHLORIDE 50
protriptyline hcl 44
PROVAYBLUE 50
PROVERA 235
PROVIDA OB 215
PROVISC 230
pseudoeph-bromphen-dm 124
Pulmosal 123
PULMOZYME 244
PURE COMFORT LANCETS 30G 184
PURE COMFORT PEN NEEDLE 194
pure comfort safety pen needle 194
PURIXAN 70
px advanced lancing device 184
PX EXTRA SHORT PEN NEEDLES 194
PX INSULIN SYRINGE 194
PX LANCETS MICROTHIN 33G 184
PX LANCETS ULTRA THIN 28G 184
PX MINI PEN NEEDLES 194
PX PEN NEEDLE 194
PYLERA 249
pyrazinamide 68
pyridostigmine bromide 67
pyridostigmine bromide er 67
pyrimethamine 67
PYRUKYND 161
PYRUKYND TAPER PACK 161
QBRELIS 60
QBREXZA 133
qc advanced lancing device 184
qc aspirin low dose 22
qc b50 prolonged release 209
qc b-complex/vitamin c 208
qc childrens aspirin 22
qc daily multivitamins/iron 210
qc essentials 211
qc folic acid 163
qc gentle laxative 171
qc gentle laxative womens 171
QC LANCETS SUPER THIN 30G 184
QC LANCETS ULTRA THIN 184
qc laxative 171
qc magnesium citrate 170
qc milk of magnesia 170
qc natura-lax 169
qc nicotine transdermal system 242
QC PEN NEEDLES 194
QC PRENATAL 215
QC UNIFINE PENTIPS 194
QC UNILET LANCETS 28G 184
QC UNILET LANCETS MICRO THIN 184
QDOLO 25
QINLOCK 79
QUADRACEL 246
QUALAQUIN 67
quazepam 167
QUDEXY XR 38
QUELICIN 221
QUESTRAN 56
QUESTRAN LIGHT 56
quetiapine fumarate 95
quetiapine fumarate er 95
QUFLORA FE 210
QUFLORA FE PEDIATRIC 212
QUFLORA PEDIATRIC 212
quin b strong b-25 210
quinapril hcl 60
quinapril-hydrochlorothiazide 59
quinidine gluconate er 30
quinidine sulfate 30
quinine sulfate 67
QUINTABS 211
QULIPTA 196
QUVIVIQ 167
QUZYTTIR 55
QVAR REDIHALER 34
ra aspirin adult low dose 22
ra aspirin adult low strength 22
ra aspirin childrens 22
ra aspirin ec 22
ra aspirin ec adult low st 22
ra balanced b-100 210
ra balanced b-100 cr 210
ra balanced b-50 210
ra balanced b-50 tr 210
ra b-complex 207
ra b-complex with b-12 207
RA E-ZJECT LANCETS 28G 184
RA E-ZJECT LANCETS THIN 26G 184
RA E-ZJECT LANCETS THIN 28G 184
RA E-ZJECT LANCETS ULTRA THIN 184
ra folic acid 163
RA INSULIN SYRINGE 194
ra laxative 169, 171
ra magnesium citrate 170
ra milk of magnesia 170
ra mini nicotine 242
ra nicotine 242
ra nicotine gum 242
ra nicotine polacrilex 242
RA PEN NEEDLES 194
RA PRENATAL 215
RA PRENATAL FORMULA 215
ra womens laxative 171
RABAVERT 253
RADICAVA ORS 220
RADICAVA ORS STARTER KIT 220
RADIOGARDASE 50
RAGWITEK 16
raloxifene hcl 145
ramelteon 168
ramipril 60
ranolazine er 28
RAPAMUNE 204
RAPIVAB 103
rasagiline mesylate 91
RASUVO 17
RAVICTI 146
raya sure pen needle 194
RAYALDEE 142
react 118
READYLANCE SAFETY LANCETS 185
REALITY INSULIN SYRINGE 194
REALITY LANCETS 185
REALITY LATEX CONDOMS 174
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED 174
REALITY LATEX/ULTRA THIN 174
REALITY TRIGGER LANCETS 185
REBIF 238
REBIF REBIDOSE 238
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 238
REBIF TITRATION PACK 238
REBINYN 157
REBLOZYL 162
REBYOTA 152
RECARBRIO 64
RECLAST 139
reclipsen 117
RECOMBINATE 157
RECOMBIVAX HB 253
RECOTHROM 166
RECOTHROM SPRAY KIT 166
RECTIV 27
REGLAN 150
REGONOL 67
REGRANEX 136
RELENZA DISKHALER 103
RELEUKO 163
RELION INSULIN SYRINGE 194
RELION LANCET DEVICES 30G 185
RELION LANCETS 185
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G 185
RELION LANCETS THIN 26G 185
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G 185
RELION LANCING DEVICE 185
RELION MINI PEN NEEDLES 194
RELION PEN NEEDLES 194
RELION SHORT PEN NEEDLES 194
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G 185
RELION ULTRA THIN PLUS LANCETS 185
RELISTOR 152
RELNATE DHA 215
REMERON 41
REMERON SOLTAB 41
REMESENSE 175
REMICADE 152
remifentanil hcl 25
REMODULIN 110
RENACIDIN 154
renal vitamin 208
rena-vite 208
RENOVA 125
RENOVA PUMP 125
repaglinide 47
REPATHA 58
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 58

REPATHA SURECLICK 58
RESTASIS 226
RESTASIS MULTIDOSE 226
RESTORIL 167
RETACRIT 162
RETEVMO 80
RETISERT 229
RETROVIR 101
REVCOVI 138
REVLIMID 203
revonto 218
REXALL LANCETS ULTRA THIN 30G 185
REXTOVY 51
REXULTI 97
REYATAZ 100
REZDIFFRA 150
REZIPRES 255
REZLIDHIA 85
REZUROCK 205
REZZAYO 53
RHOFADE 134
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 233
RHOPHYLAC 233
RHOPRESSA 228
RIABNI 72
RIASTAP 157
ribavirin 102, 103
RIDAURA 18
rifabutin 68
RIFADIN 68
rifampin 68
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT 185
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE 185
RIGHTEST GL300 LANCETS 185
riluzole 220
rimantadine hcl 103
RIMSO-50 154
ringers 199
ringers irrigation 203
RINVOQ 17
RINVOQ LQ 17
RIOMET 44
risanoid plus 218
risedronate sodium 139
risperidone 94
risperidone microspheres er 94
ritonavir 100
RITUXAN 72
RITUXAN HYCELA 82
rivastigmine 236
rivastigmine tartrate 236
rivelsa 119
RIVFLOZA 155
RIXUBIS 157
rizatriptan benzoate 197
ROBAXIN 218
ROBINUL 248
ROBINUL-FORTE 249
ROCKLATAN 227
rocuronium bromide 221
roflumilast 33
ROLVEDON 163
romidepsin 77
ropinirole hcl 92
ropinirole hcl er 92
ropivacaine hcl 172
rosuvastatin calcium 57
ROTARIX 253
ROTATEQ 253
ROWASA 151
roweepra 38
ROXICODONE 25
ROXYBOND 25
ROZLYTREK 80
RUBRACA 89
RUCONEST 158
rufinamide 38
RUKOBIA 99
RUXIENCE 72
RYANODEX 218
RYBELSUS 47
RYBREVANT 80
RYDAPT 79
RYDEX 124
RYLAZE 82
RYPLAZIM 160
RYSTIGGO 204
RYTARY 92
RYTELO 88
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT 185
SAFETY LANCETS 185
SAFETY LANCETS 21G 185
SAFETY LANCETS 23G 185
SAFETY LANCETS 28G 185
safety pen needles 194
SAFYRAL 117
sajazir 158
SALAGEN 207
saline flush 200
SANCUSO 51
SANDIMMUNE 202
SANDOSTATIN 146
SANDOSTATIN LAR DEPOT 146
SANTYL 131
SAPHNELO 205
sapropterin dihydrochloride 145
saps health plus lancets 185
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS 185
SAPS TWIST TOP LANCETS 185
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS 185
SARCLISA 72
SAVELLA 236
SAVELLA TITRATION PACK 237
SAXENDA 14
sb bisacodyl laxative ec 171
sb childrens aspirin 22
sb gentle lax-women 171
SB INSULIN SYRINGE 194
SB LANCETS THIN 185
SB LANCETS ULTRA THIN 185
sb low dose asa ec 22
sb magnesium citrate 170
sb milk of magnesia 170
sb polyethylene glycol 3350 169
SCENESSE 133
scopolamine 52
SECUADO 95
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 194
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 194
select-lite device/lancets 185
select-lite lancing device 185
SELECT-OB 215
SELECT-OB+DHA 217
selegiline hcl 91
SELENIOUS ACID 201
selenium sulfide 128
SELZENTRY 99
SE-NATAL 19 215
sensorcaine 172
sensorcaine/epinephrine 172
sensorcaine-mpf 172
sensorcaine-mpf/epinephrine 172
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 172
SEREVENT DISKUS 32
SEROSTIM 141
sertraline hcl 42
setlakin 119
sevelamer carbonate 152
sevelamer hcl 152
SEVENFACT 157
sevoflurane 153
SEZABY 167
sf 207
sf 5000 plus 207
SFROWASA 151
sharobel 120
SHINGRIX 253
SIGNIFOR 146
SIGNIFOR LAR 146
SIKLOS 162
sildenafil citrate 110, 111
silodosin 153
SILVADENE 129
silver sulfadiazine 129
SIMBRINZA 223
simliya 114
simpesse 119
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV 185
SIMPONI 18
SIMPONI ARIA 18
SIMULECT 204
simvastatin 57
SINEMET 92
SINGLE-LET 185
sirolimus 204
SIRTURO 68
SIVEXTRO 66
SKYCLARYS 221

SKYLA 119
SKYRIZI 127, 151
SKYRIZI PEN 127
SKYTROFA 141
SLYND 120
sm aspirin adult low strength 22
sm aspirin ec low strength 22
sm aspirin low dose 22
sm b super vitamin complex 208
sm b100 complex 210
sm balanced b-100 209
sm balanced b-50 209
sm b-complex 210
SM B-COMPLEX/VITAMIN C 208
sm clearlax 169
sm folic acid 163
sm gentle laxative 171
SM LANCETS 33G 185
sm milk of magnesia 170
sm multiple vitamins essential 211
sm multiple vitamins/iron 210
sm nicotine 242
sm nicotine polacrilex 242
SM ONE DAILY PRENATAL 215
SM PRENATAL VITAMINS 215
sm super b complex/c 208
SM TRUEDRAW LANCING DEVICE 185
sm vitamin b complex/vitamin c 208
SMART DIABETES VANTAGE LANCING 185
SMART SENSE COLOR LANCETS 33G 185
SMART SENSE STANDARD LANCETS 186
SMART SENSE SUPER THIN LANCETS 186
SMART SENSE THIN LANCETS 26G 186
SMARTEST LANCETS 28G 186
SMOFLIPID 223
smooth lax 169
sod benz-sod phenylacet 146
SODIUM ACETATE 197
sodium acetate 197
sodium bicarbonate 197
sodium chloride 123, 154, 200
sodium chloride (pf) 200
sodium fluoride 199, 207
sodium fluoride 5000 enamel 206
sodium fluoride 5000 plus 207
sodium fluoride 5000 ppm 207
sodium fluoride 5000 sensitive 206
SODIUM IODIDE I-131 245
SODIUM NITRITE 50
sodium nitroprusside 63
sodium oxybate 236
sodium phenylbutyrate 146
sodium phosphates 199
sodium polystyrene sulfonate 205
sodium tetradecyl sulfate 205
SODIUM THIOSULFATE 50
SOHONOS 219
SOLESTA 202
solifenacin succinate 249
SOLIQUA 47
SOLIRIS 158
SOLOSEC 16
SOLTAMOX 69
SOLU-CORTEF 122
SOLU-MEDROL 122
SOLU-MEDROL (PF) 122
SOLUS V2 LANCETS 28G 186
SOLUS V2 LANCING DEVICE 186
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G 186
SOMATULINE DEPOT 146
SOMAVERT 141
SOOLANTRA 134
sorafenib tosylate 79
SORBITOL 154
SORBITOL-MANNITOL 154
SOTALOL HCL 105
sotalol hcl 105
sotalol hcl (af) 105
SOTRADECOL 205
sotradecol 205
SOTYLIZE 105
SPEVIGO 127
SPIKEVAX 253
spinosad 134
SPIRIVA HANDIHALER 32
SPIRIVA RESPIMAT 32
spironolactone 138
spironolactone-hctz 137
SPORANOX 54
SPRAVATO (56 MG DOSE) 41
SPRAVATO (84 MG DOSE) 41
sprintec 28 117
SPRITAM 39
sps (sodium polystyrene sulf) 205
sronyx 117
ssd 129
st joseph aspirin 22
st joseph low dose 22
STAMARIL 253
STELARA 127, 151
STERILANCE TL 186
sterile water for irrigation 204
STIOLTO RESPIMAT 31
STIVARGA 79
STRAVIX 135
STRENSIQ 142
streptomycin sulfate 16
stress b complex/iron 210
stress formula 211
stress formula (folic acid) 208
stress formula/iron 210
stress formula/zinc/energy 212
stresstabs energy 212
STRIBILD 98
STRIVERDI RESPIMAT 32
STROMECTOL 28
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 82
SUBLOCADE 26
subvenite 39
subvenite starter kit-blue 39
subvenite starter kit-green 39
subvenite starter kit-orange 39
SUCCINYLCHOLINE CHLORIDE 221
SUCRAID 137
sucralfate 248
SUFENTANIL CITRATE 25
SULAR 107
sulconazole nitrate 132
sulfacetamide sodium 229
sulfacetamide sodium (acne) 124
sulfacetamide-prednisolone 228
sulfadiazine 244
sulfamethoxazole-trimethoprim 63
SULFAMYLON 129
sulfasalazine 151
sulfatrim pediatric 63
sulindac 20
sumatriptan 197
sumatriptan succinate 197
sumatriptan succinate refill 197
sunitinib malate 79
SUNLENCA 98
SUNOSI 14
SUPARTZ FX 219
super b complex/fa/vit c 208
super b complex/vitamin c 208
super b-complex 210
super b-complex + vitamin c 208
super b-complex/vit c/fa 208
super dec b-100 210
super quints b-50 210
SUPER THIN LANCETS 186
SUPPRELIN LA 143
SUPRANE 153
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 194
SURE COMFORT LANCETS 18G 186
SURE COMFORT LANCETS 21G 186
SURE COMFORT LANCETS 23G 186
SURE COMFORT LANCETS 28G 186
SURE COMFORT LANCETS 30G 186
sure comfort lancing pen 186
SURE COMFORT PEN NEEDLES 194
sure comfort pen needles 194
surebiotic probiotic support 49
SURELITE LANCETS 186
SURGICEL FIBRILLAR 166
SURGICEL NU-KNIT 166
SURGICEL SNOW 1"X2" 166
SURGICEL SNOW 2"X4" 166
SURGICEL SNOW 4"X4" 166
SUSTOL 51
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) 231
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) 231
SUTAB 168
SUTENT 79
syeda 117
SYFOVRE 226
SYLVANT 203
SYMBYAX 243
SYMDEKO 244
SYMLINPEN 120 44
SYMLINPEN 60 44

SYMPAZAN 36
SYMPROIC 152
SYMTUZA 98
SYNAGIS 232
SYNAREL 143
SYNDROS 52
SYNJARDY 48
SYNJARDY XR 48
SYNOJOYNT 219
SYNTHROID 246
SYNVISC 219
SYNVISC ONE 219
SYRINGE AVITENE 166
tab-a-vite 212
tab-a-vite/beta carotene 212
tab-a-vite/iron 210
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 210
TABLOID 70
TABRECTA 78
TACHOSIL 166
TACLONEX 136
tacrolimus 133, 204
tadalafil 111
tadalafil (pah) 111
TADLIQ 111
TAFINLAR 75
tafluprost (pf) 230
TAGRISSO 76
take action 118
TAKHZYRO 159, 160
TALICIA 249
TALTZ 127, 128
TALVEY 75
TALZENNA 89
TAMIFLU 103
tamoxifen citrate 69
tamsulosin hcl 153
taperdex 12-day 122
taperdex 6-day 122
taperdex 7-day 122
TARGRETIN 136
tarina 24 fe 117
tarina fe 1/20 eq 117
TARON-C DHA 215
TARPEYO 122
TASIGNA 74
tasimelteon 168
TASMAR 92
tavaborole 133
TAVALISSE 161
TAVNEOS 158
taysofy 117
TAYTULLA 117
tazarotene 128
tazicef 113
TAZICEF 113
TAZORAC 128
TAZVERIK 78
TDVAX 246
TECENTRIQ 74
TECENTRIQ HYBREZA 82
TECHLITE AST LANCETS 186
TECHLITE INSULIN SYRINGE 194
TECHLITE LANCETS 186
TECHLITE LANCETS 26G 186
TECHLITE PEN NEEDLES 194
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 194
TECVAYLI 75
TEFLARO 113
TEGLUTIK 220
telmisartan 61
telmisartan-amlodipine 60
telmisartan-hctz 61
temazepam 167
TEMBEXA 103
TEMODAR 85
temozolomide 85
temsirolimus 78
tencon 20
TENIVAC 246
tenofovir disoproxil fumarate 101
TENORETIC 100 62
TENORETIC 50 62
TEPADINA 68
TEPEZZA 142
TEPMETKO 78
terazosin hcl 62
terbinafine hcl 53
terbutaline sulfate 32
terconazole 253
teriflunomide 237
teriparatide 144
TERIPARATIDE 144
TERLIVAZ 147
terrell 153
TESTOPEL 27
testosterone 27
testosterone cypionate 27
testosterone enanthate 27
TETANUS-DIPHTHERIA TOXOIDS TD 247
tetrabenazine 237
tetracaine hcl 227
tetracycline hcl 245
TEVIMBRA 73
TEZSPIRE 34
TGT LANCET MICRO THIN 33G 186
TGT LANCET THIN 26G 186
TGT LANCET ULTRA THIN 30G 186
tgt lancing device 186
THALITONE 138
THALOMID 201
THAM 197
THE LIQUILIFT TRACE 200
THEO-24 34
theophylline 34
theophylline er 34
THERA 212
thera-tabs 212
THEREMS 212
thiamine hcl 255
thioridazine hcl 96
thiotepa 68
thiothixene 97
thrive 242
THRIVITE RX 215
THROMBATE III 160
THROMBI-GEL 10 165
THROMBI-GEL 100 165
THROMBI-GEL 40 165
THROMBIN-JMI 166
THROMBIN-JMI EPISTAXIS 166
THROMBI-PAD 165
THROMBOGEN 166
THYMOGLOBULIN 203
THYQUIDITY 246
thyroid 246
tiadylt er 107
tiagabine hcl 39
TIAZAC 107, 108
TIBSOVO 85
TICE BCG 83
TICOVAC 253
TIGAN 52
TIGECYCLINE 244
tilia fe 120
timolol hemihydrate 223
timolol maleate 105, 224
timolol maleate (once-daily) 223
timolol maleate ocudose 224
timolol maleate pf 224
TIMOPTIC OCUDOSE 224
tinidazole 63
tiopronin 155
tiotropium bromide monohydrate 32
tirofiban hcl in nacl 159
TIROSINT 246
TIROSINT-SOL 246
TISSEEL 165
TISSUEBLUE 230
tis-u-sol 204
TIVDAK 74
TIVICAY 99
TIVICAY PD 99
tizanidine hcl 218
tm-daily vite 212
TNKASE 161
TOBI PODHALER 16
TOBRADEX 228
TOBRADEX ST 228
tobramycin 16, 225
tobramycin sulfate 16
tobramycin-dexamethasone 228
TOBREX 225
TODAY SPONGE 253
todays health lancing device 186
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 194
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 195
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G 186
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G 186
TOLAK 127
tolcapone 92
tolmetin sodium 20
TOLSURA 54

tolterodine tartrate ... 249
tolterodine tartrate er ... 249
tolvaptan ... 145
TOPCARE CLICKFINE PEN NEEDLES ... 195
TOPCARE LANCETS MICRO-THIN 33G ... 186
TOPCARE ULTRA COMFORT INS SYR ... 195
topiramate ... 39
topiramate er ... 39
TOPOTECAN HCL ... 90
topotecan hcl ... 90
toremifene citrate ... 69
TORISEL ... 79
Torpenz ... 79
torsemide ... 138
TOTALVISC ... 230
TOUJEO MAX SOLOSTAR ... 46
TOUJEO SOLOSTAR ... 46
tovet ... 131
TPN ELECTROLYTES ... 199
TPOXX ... 103
TRACLEER ... 110
TRALEMENT ... 200
TRAMADOL HCL ... 25
tramadol hcl ... 25
tramadol hcl (er biphasic) ... 25
tramadol hcl er ... 25
tramadol-acetaminophen ... 26
trandolapril ... 60
trandolapril-verapamil hcl er ... 58
tranexamic acid ... 165
TRANEXAMIC ACID-NACL ... 165
tranylcypromine sulfate ... 41
TRAVASOL ... 222
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G ... 186
travoprost (bak free) ... 230
TRAZIMERA ... 73
trazodone hcl ... 42
TREANDA ... 68
TRECATOR ... 68
TRELEGY ELLIPTA ... 31
TRELSTAR MIXJECT ... 86
TREMFYA ... 128
treprostinil ... 110
TRESIBA ... 46
TRESIBA FLEXTOUCH ... 46
tretinoin ... 89, 125
tretinoin microsphere ... 125
tretinoin microsphere pump ... 125
TRETTEN ... 157
TREXALL ... 70
trezix ... 22
triamcinolone acetonide ... 131, 207
triamcinolone in absorbase ... 131
triamterene ... 138
triamterene-hctz ... 137
triazolam ... 167
TRICARE ... 215
TRICOR ... 57
Tridacaine Ii ... 133
Tridacaine Iii ... 133
triderm ... 131
trientine hcl ... 201
TRIESENCE ... 229
tri-estarylla ... 120
trifluoperazine hcl ... 96
trifluridine ... 226
trihexyphenidyl hcl ... 91
TRIJARDY XR ... 47
TRIKAFTA ... 244
tri-legest fe ... 120
tri-linyah ... 120
tri-lo-estarylla ... 120
tri-lo-marzia ... 120
tri-lo-mili ... 120
tri-lo-sprintec ... 120
TRI-LUMA ... 131
TRILURON ... 220
trimethobenzamide hcl ... 52
TRIMETHOPRIM ... 63
tri-mili ... 120
trimipramine maleate ... 44
TRINATAL RX 1 ... 215
trinate ... 215
TRINTELLIX ... 42
TRIPTODUR ... 143
TRISENOX ... 83
tri-sprintec ... 120
TRISTART DHA ... 217
TRIUMEQ ... 98
TRIUMEQ PD ... 98
TRI-VI-FLOR ... 213
TRI-VI-FLORO ... 213
tri-vite/fluoride ... 213
trivora (28) ... 120
tri-vylibra ... 120
tri-vylibra lo ... 120
TRODELVY ... 89
TROGARZO ... 99
TROJAN ENZ ... 174
TROJAN MAGNUM ... 174
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED ... 174
TROJAN ULTRA THIN ... 174
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL ... 174
TROJAN-ENZ LUBRICATED ... 174
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL ... 174
TROPHAMINE ... 222
tropicamide ... 224
trospium chloride ... 249
trospium chloride er ... 249
true comfort insulin syringe ... 195
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE ... 195
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 195
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR ... 195
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES ... 195
true comfort safety lancets ... 186
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS ... 186
true cover ... 174
true daily vite ... 212
true folic acid ... 163
true laxative ... 169
true multivitamin ... 212
TRUEDRAW LANCING DEVICE ... 186
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES ... 195
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ... 195
TRUEPLUS LANCETS 26G ... 186
TRUEPLUS LANCETS 28G ... 186
TRUEPLUS LANCETS 30G ... 186
TRUEPLUS LANCETS 33G ... 186
TRUEPLUS PEN NEEDLES ... 195
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G ... 187
TRULICITY ... 47
TRUMENBA ... 250
TRUQAP ... 71
TRUSKIN ... 135
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE ... 174
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED ... 174
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST ... 175
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL ... 175
TRUSTEX LUBRICATED ... 175
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE ... 175
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST ... 175
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE ... 175
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE ... 175
TRUSTEX NON-LUBRICATED ... 175
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ... 175
TRUSTEX RIA LUBRICATED ... 175
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED ... 175
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD ... 175
TRUXIMA ... 72
TUKYSA ... 73
TURALIO ... 79
TURPENTINE ... 132
Turqoz ... 117
TUSNEL C ... 123
TUXARIN ER ... 124
TWINRIX ... 251
TWIRLA ... 117
twist top lancets 30g ... 187
TYBLUME ... 117
TYBOST ... 101
tydemy ... 117
TYGACIL ... 245
TYMLOS ... 145
TYPHIM VI ... 250, 251
TYSABRI ... 238
TYVASO ... 110

TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT 110
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT 110
TYVASO DPI TITRATION KIT 110
TYVASO REFILL KIT 110
TYVASO STARTER KIT 110
TZIELD 44
UBRELVY 196
UCERIS 122
UDENYCA 164
UDENYCA ONBODY 164
ULTANE 153
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 195
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT 195
ULTICARE INSULIN SYRINGE 195
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES 195
ULTICARE MINI PEN NEEDLES 195
ULTICARE PEN NEEDLES 195
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 195
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE 195
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE 195
ULTI-LANCE AUTOMATIC 187
ULTILET CLASSIC LANCETS 187
ULTILET LANCETS 187
ULTILET PEN NEEDLE 195
ULTILET SAFETY LANCETS 187
ULTILET SAFETY LANCETS 23G 187
ULTIVA 25
ULTOMIRIS 158
ultra b-100 complex 218
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 195
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES 195
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT 195
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 195
ULTRA THIN LANCETS 31G 187
ULTRA THIN PEN NEEDLES 195
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 195
ULTRA-CARE LANCETS 30G 187
ULTRACARE PEN NEEDLES 195
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM 166
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM 166
ULTRA-THIN II AUTO LANCET 187
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT 195
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 195
ULTRA-THIN II LANCETS 187
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 195
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 195
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 195
UNASYN 235
UNIFINE PENTIPS 195
UNIFINE PENTIPS PLUS 196
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 196
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 196
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 196
UNILET COMFORTOUCH LANCET 187
UNILET EXCELITE 187
UNILET EXCELITE II 187
UNILET G.P. LANCET 187
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET 187
UNILET GP 28 ULTRA THIN 187
UNILET LANCET 187
UNILET MICRO-THIN 33G 187
UNILET SUPERLITE LANCET 187
UNILET SUPER-THIN 30G 187
UNILET ULTRA-THIN 28G 187
UNISTIK 1 187
UNISTIK 2 187
UNISTIK 2 COMFORT 187
UNISTIK 2 EXTRA 187
UNISTIK 2 NEONATAL 187
UNISTIK 2 NORMAL 187
UNISTIK 2 SUPER 187
UNISTIK 3 187
UNISTIK 3 COMFORT 187
UNISTIK 3 EXTRA 187
UNISTIK 3 GENTLE 187
UNISTIK 3 NEONATAL 187
UNISTIK 3 NORMAL 187
UNISTIK CZT COMFORT 188
UNISTIK CZT NORMAL 188
UNISTIK NORMAL 188
UNISTIK PRO SAFETY LANCET 188
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G 188
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G 188
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G 188
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G 188
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G 188
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G 188
unithroid 246
UNITUXIN 73
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 26G 188
UNIVERSAL 1 LANCETS THIN 33G 188
UNIVERSAL 1 LANCETS ULTRA THIN 188
UPLIZNA 204
UPNEEQ 230
UPTRAVI 111
UPTRAVI TITRATION 111
UROCIT-K 10 154
UROCIT-K 15 154
URSO FORTE 149
ursodiol 149
UVADEX 83
VABOMERE 64
VABYSMO 224, 225
valacyclovir hcl 102
VALCHLOR 126
VALCYTE 101
valganciclovir hcl 101
valproate sodium 40
valproic acid 40
valrubicin 82
valsartan 61
valsartan-hydrochlorothiazide 61
VALSTAR 82
VALTOCO 10 MG DOSE 36
VALTOCO 15 MG DOSE 36
VALTOCO 20 MG DOSE 36
VALTOCO 5 MG DOSE 36
VALUE HEALTH INSULIN SYRINGE 196
VALUE PLUS LANCET STANDARD 21G 188
VALUE PLUS LANCETS SUPER THIN 188
VALUE PLUS LANCETS THIN 26G 188
value plus lancing device 188
VANCOCIN 64
VANCOMYCIN HCL 65
vancomycin hcl 65
vancomycin hcl in dextrose 64
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE 64, 65
VANCOMYCIN HCL IN NACL 65
VANDAZOLE 254
VANFLYTA 80
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 196
VAQTA 253
vardenafil hcl 111
varenicline tartrate 242
varenicline tartrate (starter) 242
varenicline tartrate(continue) 242
VARITHENA 205
VARIVAX 253
VARIZIG 233
VARUBI (180 MG DOSE) 53
VASCEPA 56
VASERETIC 59
vasopressin 147
vasopressin +rfid 147
vasopressin-sodium chloride 147
VASOSTRICT 147
VAXCHORA 251
VAXELIS 247
VAXNEUVANCE 251
VAZCULEP 255

VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 253, 254
VECAMYL 62
VECTIBIX 76
vecuronium bromide 221
VELCADE 80
VELETRI 110
velivet 121
VELPHORO 152
VELTASSA 205
VEMLIDY 102
VENCLEXTA 74
VENCLEXTA STARTING PACK 74
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY 135
venlafaxine hcl 43
venlafaxine hcl er 43
VENOFER 164
VENTAVIS 110
VEOPOZ 158
VEOZAH 144
verapamil hcl 108
verapamil hcl er 108
VEREGEN 125
VERELAN 108
VERELAN PM 108
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE 196
VERIFINE INSULIN SYRINGE 196
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 196
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G 188
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G 188
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G 188
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G 188
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G 188
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G 188
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G 188
VERKAZIA 226
VERQUVO 111
VERSACLOZ 95
VERZENIO 84
vestura 117
VFEND 54
VIBATIV 65
VIBERZI 150
VIDAZA 70
vienva 117
vigabatrin 39
vigadrone 39
Vigadrone 39
VIGAFYDE 40
VIGAMOX 225
Vigpoder 40
VIJOICE 204, 205
vilazodone hcl 42
VILTEPSO 221
VIMIZIM 143
VINATE DHA RF 215
vinblastine sulfate 87
vincristine sulfate 87
vinorelbine tartrate 87
VIOKACE 137
viorele 114
VIRACEPT 100
VIRAZOLE 103
VIREAD 101
VISCOAT 229
VISIONBLUE 230
VISTOGARD 50
VISUDYNE 227
vit e-vit c-beta carotene 212
VITAFOL FE+ 217
VITAFOL GUMMIES 216
VITAFOL ULTRA 217
VITAFOL-OB 216
VITAFOL-OB+DHA 217
VITAFOL-ONE 217
vitalee 212
VITALIPID N INFANT 213
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 217
vitamin b complex 207
vitamin b complex w/b-12 208
vitamin d (ergocalciferol) 256
vitamin k1 256
vitamin-b complex 208
VITAPEARL 216
VITATHELY WITH GINGER 216
VITATRUE 217
VITLIPID N ADULT 212
VITLIPID N INFANT 213
VITRAKVI 81
VIVA DHA 216
VIVAGUARD LANCETS 188
VIVAGUARD LANCETS 30G 188
VIVAGUARD LANCING DEVICE 188
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G 188
vivimusta 69
VIVITROL 51
VIVJOA 54
VIVOTIF 251
VIZIMPRO 76
volnea 114
VONJO 86
VONVENDI 157
VORANIGO 85
VORAXAZE 83
voriconazole 54
VOSEVI 102
VOWST 152
VOXZOGO 144
VOYDEYA 159
VP INSULIN SYRINGE 196
VPRIV 161
VRAYLAR 93
VUMERITY 239
VUSION 126
vyfemla 117
VYLEESI 237
vylibra 117
VYLOY 72
VYNDAMAX 111
VYNDAQEL 111
VYONDYS 53 221
VYVANSE 13
VYVGART 204
VYVGART HYTRULO 203
VYXEOS 82
VYZULTA 230
WAINUA 236
WAKIX 14
WALGREENS LANCETS 188
WALGREENS LANCETS MICRO THIN 188
WALGREENS LANCETS SUPER THIN 188
WALGREENS THIN LANCETS 188
WALGREENS ULTRA THIN LANCETS 188
warfarin sodium 34
water for irrigation, sterile 204
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS 196
WEGOVY 14
WELIREG 77
wera 117
wesnatal dha complete 216
wes-phos 250 neutral 199
WESTAB PLUS 216
WESTGEL DHA 217
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 175
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 175
WILATE 157
WINREVAIR 110
WINRHO SDF 233
wixela inhub 31
womans laxative 171
womens laxative 171
wymzya fe 117
XACDURO 64
XACIATO 254
XADAGO 91
XALKORI 71
XARACOLL 172
XARELTO 34, 35
XARELTO STARTER PACK 35
XATMEP 70
XCOPRI 39
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 39
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 39
XDEMVY 226
XELJANZ 17
XELJANZ XR 17
XELPROS 230
XEMBIFY 233

XENPOZYME 138
XEOMIN 221
XERAVA 244
XERESE 128
XERMELO 152
XGEVA 145
XIAFLEX 202
XIFAXAN 63
XIGDUO XR 48
XIIDRA 224
XIPERE 229
xirun 131
XOFIGO 82
XOFLUZA (40 MG DOSE) 103
XOFLUZA (80 MG DOSE) 103
XOLAIR 31
XOLREMDI 162
XOSPATA 80
XPHOZAH 140
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 81
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) 81
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 81
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) 81
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 81
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 81
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 81
XTANDI 69
xulane 117
XULTOPHY 47
XURIDEN 141
XYLOCAINE 172
XYLOCAINE/EPINEPHRINE 172
XYLOCAINE-MPF 172
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE 172
XYNTHA 157
XYNTHA SOLOFUSE 157
XYOSTED 27
XYREM 236
Yargesa 161
YASMIN 28 117
YAZ 117
YCANTH 132
YERVOY 72
YF-VAX 253
yl balanced b-100 210
yl folic acid 163
YONDELIS 89
YOSPRALA 160
YUPELRI 32
YUTIQ 229
yuvafem 254
zafemy 117
zafirlukast 33
zaleplon 167
ZALTRAP 91
ZALVIT 216
ZANAFLEX 218
ZANOSAR 88
ZARXIO 164
ZEGALOGUE 45
ZEJULA 89
ZELAPAR 92
ZELBORAF 75
ZEMAIRA 243
ZEMDRI 17
ZEMPLAR 142
zenatane 125
ZENPEP 137
zenzedi 13
ZEPBOUND 13
ZEPOSIA 243
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK 243
ZEPOSIA STARTER KIT 243
ZEPZELCA 69
ZERBAXA 112
ZESTORETIC 59
ZEVALIN Y-90 82
ZEVRX INSULIN SYRINGE 196
ZEVRX PEN NEEDLES 196
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G 188
ZIAGEN 100
zidovudine 101
ZIIHERA 73
ZILBRYSQ 158
ZILRETTA 122
ZILXI 134
ZIMHI 51
zinc chloride 201
zinc sulfate 201
ZINPLAVA 232
ZIOPTAN 230
ZIPHEX 216
ziprasidone hcl 93
ziprasidone mesylate 93
ZIRGAN 226
ZITHROMAX 173
ZITHROMAX TRI-PAK 173
ZITHROMAX Z-PAK 173
ZOKINVY 202
ZOLADEX 86
zoledronic acid 139
ZOLEDRONIC ACID 139
ZOLINZA 77
zolmitriptan 197
zolpidem tartrate 167
zolpidem tartrate er 167
zonisamide 39
ZONTIVITY 161
ZORTRESS 204
ZORYVE 128
ZOSYN 235
zovia 1/35 (28) 117
ZOVIRAX 128
ZTALMY 39
ZUBSOLV 26
ZULRESSO 41
zumandimine 117
ZURZUVAE 41
ZYCLARA 132
ZYCLARA PUMP 132
ZYDELIG 89
ZYKADIA 71
ZYLET 228
ZYNLONTA 72
ZYNYZ 73
ZYPREXA RELPREVV 97
ZYVOX 66

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

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

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

Anthem

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

Rev. 3/19

Get help in your language

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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