Lista abierta de medicamentos tradicional

Lista de medicamentos — Plan de medicamentos de tres 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/pharmacy-information/select-your-state o anthem.com/ca/pharmacy-information/drug-list-formulary.

- 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 de medicamentos tradicionales

Tres Niveles

Tabla de contenido

INFORMATIONAL SECTION 4
***ADHD/ANTI-NARCOLEPSY/ANTI-OBESITY/ANOREXIANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 15
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS** 20
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 21
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 21
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 22
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 30
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 32
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 36
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS** 37
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 38
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART** 38
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 39
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 40
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 41
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 46
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 48
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 55
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 59
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 67
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 68
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 69
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 71
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 73
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 74
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 77
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 84
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 87
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 88
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 88
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 89
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 111
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 113
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS** 119
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 119
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 126
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 128
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 131
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 132
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 135
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 137
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 144
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 146
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 147
DIAGNOSTIC PRODUCTS 162
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 166
***DIURETICS* - DRUGS FOR THE HEART** 166
***ENDOCRINE AND METABOLIC AGENTS - MISC.* - HORMONES** 168
***ESTROGENS* - HORMONES** 177
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 179
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH** 179
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 184
***GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 185
***GOUT AGENTS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 187
***HEMATOLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE BLOOD** 187
***HEMATOPOIETIC AGENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 193
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 197
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 199

***LAXATIVES* - DRUGS FOR THE STOMACH** 200
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 203
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 205
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT** 206
***MIGRAINE PRODUCTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 226
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION** 228
***MISCELLANEOUS THERAPEUTIC CLASSES* - VITAMINS AND MINERALS** 231
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 236
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 238
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 247
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 250
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 250
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 252
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 253
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 261
***OXYTOCICS* - HORMONES** 262
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 262
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 264
***PROGESTINS* - HORMONES** 265
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 266
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 274
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 275
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 275
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 276
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 277
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 278
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 281
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 281
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 285
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 286
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 287

Lista abierta de medicamentos tradicional: sección informativa

Definiciones

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

"**Quimioterapia oral (OC**)" A pesar de cualquier deducible, el monto total de copagos y coseguros que un asegurado debe pagar no excederá doscientos dólares ($ 200) por una receta individual de hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

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

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

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

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

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

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

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

La "**terapia escalonada (ST)**" es un proceso que especifica la secuencia en la que se prescriben diferentes medicamentos recetados para una condición médica determinada y médicamente apropiados para un paciente en particular. El plan de salud puede requerir que el afiliado pruebe uno o más medicamentos para tratar la afección médica del afiliado antes de que el plan de salud cubra un medicamento en particular para la afección de conformidad con una solicitud de terapia escalonada. Si el proveedor del afiliado que prescribe envía una solicitud de excepción a la terapia escalonada, los planes de salud deben hacer excepciones a la terapia escalonada cuando se cumplan los criterios.

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

Preguntas frecuentes

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

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

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

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

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

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?

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

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

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

AMINOPENICILLIN ANTIBIOTIC - ANTIBIOTICS
amoxicillin oral capsule

- 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 28 Oral Tablet)

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

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

¿Cuáles son mis opciones para obtener mis recetas?
Usted tiene muchas opciones sobre cómo y dónde obtener sus medicamentos recetados, incluidas las farmacias locales en su plan, la entrega conveniente a domicilio o las farmacias especializadas.

Farmacias locales
Tu plan incluye farmacias locales en las principales cadenas minoristas, como CVS, Walmart, Target y Kroger. Ahorrarás más dinero cuando uses una de estas farmacias.

Para encontrar una farmacia cerca de ti:

1. Inicia sesión en anthem.com/ca.
2. Elige "Find a Pharmacy" (Buscar una farmacia).
3. Ingresa tu código postal.

Farmacia CarelonRx
Para los medicamentos que tomas regularmente, haz que tus recetas lleguen a tu hogar con CarelonRx Pharmacy. Los miembros actuales de Anthem pueden comenzar en anthem.com/ca y visitar la página de "Pharmacy Benefits" (Beneficios de Farmacia). También puedes iniciar sesión en nuestra aplicación móvil Sydney Health y seleccionar "Pharmacy" (Farmacia). Registra tu cuenta de miembro si aún no lo has hecho. Ve a "View Prescriptions" (Ver Recetas) y sigue los pasos guiados para cambiar a CarelonRx Pharmacy. El envío siempre es gratuito. Llama al Centro de Contacto de CarelonRx Pharmacy al 833-396-0309 o utiliza la función de chat en vivo en Sydney Health o anthem.com/ca para asistencia.

Farmacia especializada
Si tienes una condición compleja o crónica tratada con medicación especializada —que puede necesitar manejo especial o administrarse por inyección o infusión—, deberás obtenerla a través de nuestra farmacia especializada. Tu médico enviará la receta a nuestra farmacia especializada por ti, y se entregará en tu hogar o en el consultorio de tu doctor si necesita ser administrada por un medico.

Los miembros actuales de Anthem pueden obtener más información iniciando sesión en anthem.com/ca y elegir Prescription Benefits o llamando al 833-203-1739. Para obtener más detalles sobre su cobertura, puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en la lista?
Los medicamentos que no están en el formulario se llaman medicamentos no incluidos en el formulario. Entendemos que solo usted y su médico saben qué es lo mejor para usted. Si desea tomar un medicamento que no está en el formulario o en la lista de medicamentos, es posible que deba pagar el costo total. 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 las opciones genéricas o de venta libre son una alternativa. Solo usted y su médico pueden decidir qué medicamentos son adecuados para usted. Si se determina que un medicamento no incluido en el formulario es médicamente apropiado y necesario, ese medicamento estará cubierto según los términos de sus beneficios.

Si un medicamento que está tomando no está cubierto, su médico puede solicitarnos que revisemos la cobertura. Este proceso se llama preaprobación 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.

Una vez que recibamos toda la información de respaldo necesaria, aprobaremos o denegaremos la solicitud de excepción basada en la necesidad médica.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de las 24 horas de haber recibido la solicitud en circunstancias urgentes, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la urgencia.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de las 72 horas de haber recibido una solicitud no urgente, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la prescripción.

Le notificaremos a usted o a su representante autorizado y al proveedor que prescribe sobre una autorización previa o una excepción de terapia escalonada completada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud basada en circunstancias urgentes y dentro de las 72 horas de recibir todas las demás solicitudes.

También puede comunicarse con Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si desea obtener un medicamento no incluido en el formulario que su médico determine que no es médicamente necesario, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros llamando al 1-800-365-0609 o al 1-866-333-4823 (línea TDD si tiene pérdida auditiva o del habla). Si el Centro de Autorizaciones Previas concluye que la reclamación de la receta debe ser denegada, los miembros y sus médicos recibirán cartas que explican el proceso de apelaciones y/o quejas.

Si actualmente está tomando el medicamento y fue aprobado por su plan de salud anterior o por nosotros, no requeriremos que pruebe otros medicamentos primero. Si el medicamento es seguro y efectivo para su condición, continuaremos cubriéndolo.

¿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.

¿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 doscientos dólares ($ 200) por una receta individual de hasta un suministro de 30 días de un medicamento contra el cáncer recetado administrado por vía oral cubierto por la póliza.

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

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.

¿Qué es la Autorización Previa? ¿Cómo funciona?
La Autorización Previa es un requisito del plan de salud en el que el afiliado o el proveedor que receta del afiliado debe obtener la autorización del plan de salud para un medicamento recetado antes de que el plan de salud cubra el medicamento. El plan de salud otorgará una autorización previa cuando sea médicamente necesario que el afiliado obtenga el medicamento.

Su médico puede iniciar el proceso completando una Autorización Previa electrónica, llamando al número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro o descargando un formulario de autorización previa desde nuestro sitio web y enviándolo. Si se aprueba su solicitud, la cantidad que pagará por el medicamento dependerá de los beneficios de su plan.

Aquí hay algunas opciones para que su médico inicie el proceso de Autorización Previa (PA):
1. Enviar una solicitud de PA electrónica visitando https://www.covermymeds.com/main/partners/anthem.
2. Iniciar sesión en anthem.com/ca y elegir Farmacia.
    - Ir a Recursos de Farmacia y Buscar en su Lista de Medicamentos su medicamento.
    - Elegir la fuerza y forma correcta del medicamento.
    - Desplazarse hacia abajo hasta Definición de Restricciones y localizar el Formulario de Fax aplicable en la tabla.
    - Su médico completa y envía el formulario por fax al 844-474-3347.
3. Llamar al número de Servicios para Miembros que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro.

Una vez que recibamos toda la información de respaldo necesaria, aprobaremos o negaremos la solicitud de excepción según la necesidad médica.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de 24 horas después de recibir una solicitud basada en circunstancias urgentes, proporcionaremos cobertura, incluidas las renovaciones, durante la duración de la urgencia.

Si no respondemos a una solicitud de autorización previa o de excepción completada dentro de 72 horas después de recibir una solicitud no urgente, proporcionaremos cobertura, incluidas las renovaciones, durante la duración de la prescripción.

Le notificaremos a usted o su representante autorizado y al proveedor recetante sobre una autorización previa completada o una excepción de terapia escalonada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud basada en circunstancias urgentes y dentro de las 72 horas de recibir todas las demás solicitudes.

También puede comunicarse con Servicios para Miembros, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si desea obtener un medicamento no incluido en el formulario que su médico determina que no es médicamente necesario, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros llamando al 1-800-365-0609 o al 1-866-333-4823 (línea TDD si tiene pérdida auditiva o del habla). Si el Centro de Autorizaciones Previas concluye que la reclamación de la receta debe ser denegada, los miembros y sus médicos recibirán cartas que explican el proceso de apelaciones y/o quejas.

Si usted está tomando el medicamento actualmente y fue aprobado por su plan de salud anterior o por nosotros, no le requeriremos que pruebe otros medicamentos primero. Si el medicamento es seguro y efectivo para su condición, continuaremos cubriéndolo.

¿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.

Hay varias opciones para que tu médico inicie el proceso de excepción de Terapia Escalonada (ST):
1. Enviar una solicitud electrónica de Autorización Previa (PA) visitando https://www.covermymeds.com/main/partners/anthem.
2. Iniciar sesión en anthem.com/ca y elegir Farmacia.
    - Ve a Recursos de Farmacia y busca tu medicamento en la lista de medicamentos.
    - Elige la concentración y forma correctas del medicamento.
    - Desplázate hacia abajo hasta la Definición de Restricciones y localiza el Formulario de Fax correspondiente en la tabla.
    - Tu médico completa y nos envía el formulario por fax al 844-474-3347.
3. Llamar al número de Servicios para Miembros que se encuentra en la parte trasera de tu tarjeta de identificación de miembro.

Una vez que recibamos toda la información de respaldo necesaria, aprobaremos o denegaremos la solicitud de excepción basada en la necesidad médica.

Si no respondemos a una solicitud de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud en circunstancias urgentes, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la urgencia.

Si no respondemos a una solicitud de excepción de terapia escalonada completada dentro de las 72 horas de recibir una solicitud no urgente, proporcionaremos cobertura, incluidas las reposiciones, durante la duración de la prescripción.

Le notificaremos a usted o a su representante autorizado y al proveedor que prescribe sobre una autorización previa o una excepción de terapia escalonada completada dentro de las 24 horas de recibir una solicitud en circunstancias urgentes y dentro de las 72 horas de recibir todas las demás solicitudes.

En circunstancias donde un afiliado está cambiando de planes, no requeriremos que el afiliado repita la terapia escalonada cuando ya está siendo tratado para una condición médica con un medicamento recetado, siempre que el medicamento esté apropiadamente prescrito y sea considerado seguro y efectivo para la condición del afiliado.

Si previamente hemos aprobado la cobertura del medicamento para su condición médica y su proveedor continúa prescribiéndolo para dicha condición, siempre que el medicamento esté apropiadamente prescrito y sea seguro y efectivo para su condición, no excluiremos la cobertura del medicamento.

Derechos Disponibles para Miembros
Opciones de Apelación
Si no está de acuerdo con una decisión de cobertura, tiene derecho a solicitar una queja (también conocida como apelación). A menos que su folleto de beneficios indique lo contrario, debe solicitar una queja dentro de los 180 días calendario a partir de la fecha en que reciba la carta de decisión de cobertura. Su proveedor, o cualquier otra persona que elija (representante autorizado), puede solicitar una queja en su nombre. También puede elegir a una persona para que lo ayude durante el proceso de quejas. Debe informarnos por escrito si desea que alguien lo ayude o lo represente.

¿Cómo solicito una queja urgente (acelerada)?
Una queja urgente está disponible si no ha recibido servicios (pre-servicio) o si actualmente está recibiendo servicios (atención concurrente) y usted o su proveedor de atención médica creen que su condición podría implicar una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitándose a, dolor severo o pérdida potencial de vida, extremidad o función corporal mayor.

Le informaremos la decisión dentro de 3 días calendario después de recibir una queja urgente calificada. Le informaremos la decisión por teléfono y también se la enviaremos por escrito.

Usted, o cualquier persona que elija, puede solicitar una queja urgente por escrito o por teléfono:
Por escrito**:** Correo urgente
Grievances and Appeals
21215 Burbank Boulevard
Woodland Hills, CA 91367
Por teléfono: **1-800-365-0609** o **1-866-333-4823** (línea TDD si tiene pérdida auditiva o del habla)
Por fax: **1-855-211-3699**

Si califica para una queja urgente, puede solicitar una revisión médica independiente (IMR) con el Departamento de Atención Médica Administrada (el departamento) en lugar de, o al mismo tiempo que, solicitar una queja urgente con su plan de salud. Los detalles sobre la IMR están incluidos en este documento (ver "Si no estoy de acuerdo con la decisión de la queja, ¿qué otros derechos tengo?").

¿Cómo solicito una queja estándar (no acelerada)?
Usted, o cualquier persona que elija, puede solicitar una queja estándar por escrito, por teléfono o en línea en www.anthem.com/ca.

Por escrito: Grievances and Appeals
P.O. Box 4310
Woodland Hills, CA 91365-4310
Por teléfono: **1-800-365-0609** o **866-333-4823** (línea TDD para personas con discapacidad auditiva y del habla)
Por fax: **1-877-551-6183**

Enviaremos una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibamos la queja. Nuestra respuesta incluirá las razones de la decisión y referencias a las disposiciones del plan en las que se basó la decisión. Sin embargo, las quejas recibidas por teléfono que no sean disputas de cobertura, servicios de atención médica en disputa que involucren necesidad médica o tratamiento experimental o investigacional, y que se resuelvan al cierre del siguiente día hábil, no recibirán una respuesta por escrito.

¿Puedo obtener copias de los documentos para mis registros?
¡Por supuesto! Puede llamarnos o enviar una carta para solicitar copias gratuitas de todos los documentos, incluida la disposición de beneficios real, directriz, protocolo u otro criterio similar en el que se basó esta decisión.

¿Puedo obtener códigos de diagnóstico y tratamiento?
¡Sí! Solo llámenos para solicitarlos. También puede pedir descripciones de los códigos, si están disponibles.

¿Qué debe incluir mi queja?
Incluya, si está disponible, la siguiente información:

- El nombre del miembro y el número de identificación;
- El nombre del proveedor que brindará o ha brindado atención;
- Las fechas del servicio;
- El número de reclamo o referencia para la decisión específica con la que no está de acuerdo; y
- Las razones específicas por las que no está de acuerdo con la decisión.

Tiene el derecho, y le alentamos a que lo haga, de proporcionarnos comentarios por escrito, documentos y otra información relevante con su queja.

¿Cómo se manejará mi queja?
Los especialistas administrativos y/o clínicos apropiados revisarán su queja. Se revisará toda la información relevante presentada por usted o en su nombre, sin importar si fue considerada en el momento en que se tomó la decisión inicial. Podemos contactar a cualquier proveedor que pueda tener información adicional para respaldar su queja. Los revisores no habrán estado involucrados en la decisión inicial. Tampoco serán subordinados de la persona que tomó la decisión inicial.

Si no estoy de acuerdo con la decisión de la queja, ¿qué otros derechos tengo?
El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicios de salud. Si tiene una queja contra su plan de salud, debe primero llamar a su plan de salud al **1-800-365-0609** o a la línea TDD **1-866-333-4823** para personas con discapacidad auditiva y del habla y utilizar el proceso de quejas de su plan de salud antes de contactar al departamento. Utilizar este procedimiento de quejas no prohíbe ningún derecho o recurso legal potencial que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja que involucre una emergencia, una queja que no haya sido resuelta satisfactoriamente por su plan de salud, o una queja que haya permanecido sin resolver durante más de 30 días, puede llamar al departamento para asistencia. También puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para IMR, el proceso de IMR proporcionará una revisión imparcial de decisiones médicas tomadas por un plan de salud relacionadas con la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o investigacional y disputas de pago por servicios médicos de emergencia o urgentes. El departamento también tiene un número de teléfono gratuito (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con discapacidad auditiva y del habla. El sitio web del departamento **www.dmhc.ca.gov** tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

Puede solicitar una IMR inmediatamente sin pasar por el proceso de quejas de su plan de salud si:

- Su servicio de atención médica en disputa involucra tratamiento experimental o investigacional; o
- El departamento decide que se justifica una revisión más temprana; o
- Existe una amenaza inminente o seria para su salud que requiere una revisión urgente (acelerada) de su caso.

Le ayudaremos con el proceso de aplicación si se justifica una revisión urgente de su caso. Puede encontrar la aplicación e instrucciones en línea en **www.dmhc.ca.gov** (el sitio web del departamento). IMR es gratuita para usted. Tampoco hay tarifas de presentación.

Si denegamos su queja, le proporcionaremos más detalles sobre las opciones de resolución de disputas disponibles para usted. También puede consultar su folleto de beneficios o llamar a Servicios para Miembros al número de teléfono en su tarjeta de identificación de miembro para obtener detalles sobre el proceso completo de quejas.

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.

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 $200 por receta individual para un suministro de hasta 30 días.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tres Niveles

CURRENT AS OF 7/1/2025

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
INTUNIV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***guanfacine hcl***)	3	PA
ONYDA XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (***clonidine hcl***)	3	ST
ADHD AGENT - SELECTIVE NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITOR - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
atomoxetine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA
QELBREE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***viloxazine hcl***)	3	ST
STRATTERA ORAL CAPSULE (***atomoxetine hcl***)	3	PA
AMPHETAMINE MIXTURES - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
ADDERALL ORAL TABLET 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG (***amphetamine-dextroamphetamine***)	3	ST; DO
ADDERALL ORAL TABLET 20 MG (***amphetamine-dextroamphetamine***)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ADDERALL ORAL TABLET 30 MG (***amphetamine-dextroamphetamine***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 5 MG (***amphetamine-dextroamphetamine***)	3	ST; DO
ADDERALL XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 25 MG, 30 MG (***amphetamine-dextroamphetamine***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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)
MYDAYIS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***amphetamine-dextroamphetamine***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMPHETAMINES - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
ADZENYS XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (***amphetamine***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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
DEXEDRINE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (***dextroamphetamine sulfate***)	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
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)
DYANAVEL XR ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (***amphetamine***)	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
DYANAVEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MG, 5 MG (***amphetamine***)	3	ST; DO
DYANAVEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 20 MG (***amphetamine***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 10 MG (***amphetamine sulfate***)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
EVEKEO ORAL TABLET 5 MG (***amphetamine sulfate***)	3	PA; DO
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)
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)
methamphetamine hcl oral tablet	3	ST; QL (5 tablets 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***)	3	PA; DO
VYVANSE ORAL CAPSULE 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG (***lisdexamfetamine dimesylate***)	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 10 MG, 20 MG, 30 MG (***lisdexamfetamine dimesylate***)	3	PA; DO
VYVANSE ORAL TABLET CHEWABLE 40 MG, 50 MG, 60 MG (***lisdexamfetamine dimesylate***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XELSTRYM TRANSDERMAL PATCH (***dextroamphetamine***)	3	ST; QL (1 patch 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
ANOREXIANT COMBINATIONS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
phentermine-topiramate er oral capsule extended release 24 hour	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***phentermine-topiramate***)	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
ANOREXIANTS NON-AMPHETAMINE - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADIPEX-P ORAL TABLET (***phentermine hcl***)	3	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
benzphetamine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
diethylpropion hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
LOMAIRA ORAL TABLET (***phentermine hcl***)	3	PA; BE; QL (3 tablets per 1 day)
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR	3	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
phendimetrazine tartrate oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (6 tablets per 1 day)
phentermine hcl oral capsule	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 capsule per 1 day)
phentermine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; BE; QL (1 tablet per 1 day)
ANTI-OBESITY - GIP & GLP-1 RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ZEPBOUND SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tirzepatide-weight management***)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
ANTI-OBESITY - GLP-1 RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
SAXENDA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***liraglutide - weight management***)	3	PA; BE; QL (3 mg per 1 day)
WEGOVY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***semaglutide-weight management***)	2	PA; BE; QL (1 pen per 1 week)
***ANTI-OBESITY AGENT COMBINATIONS** - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
CONTRAVE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (***naltrexone-bupropion hcl***)	3	PA; BE; QL (4 tablets per 1 day)
DOPAMINE AND NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (DNRIS) - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
SUNOSI ORAL TABLET 150 MG (***solriamfetol hcl***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SUNOSI ORAL TABLET 75 MG (***solriamfetol hcl***)	3	PA; DO

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HISTAMINE H3-RECEPTOR ANTAGONIST/INVERSE AGONISTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
WAKIX ORAL TABLET 17.8 MG (***pitolisant hcl***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
WAKIX ORAL TABLET 4.45 MG (***pitolisant hcl***)	3	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)
XENICAL ORAL CAPSULE (***orlistat***)	3	PA; BE; QL (3 capsules per 1 day)
MELANOCORTIN 4 (MC4) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
IMCIVREE SUBCUTANEOUS SOLUTION (***setmelanotide acetate***)	3	PA; LD; BE; QL (9 vials per 30 days)
STIMULANT COMBINATIONS - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
AZSTARYS ORAL CAPSULE (***serdexmethylphen-dexmethylphen***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
STIMULANTS - MISC. - DRUGS FOR ATTENTION DEFICIT DISORDER**		
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; DO
APTENSIO XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 50 MG, 60 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; DO
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
CONCERTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 54 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
COTEMPLA XR-ODT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE DISPERSIBLE (***methylphenidate***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 10 MG/9HR, 15 MG/9HR (***methylphenidate***)	3	ST; DO
DAYTRANA TRANSDERMAL PATCH 20 MG/9HR, 30 MG/9HR (***methylphenidate***)	3	ST; QL (1 patch 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	PA; DO
FOCALIN ORAL TABLET 10 MG (***dexmethylphenidate hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
FOCALIN ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (***dexmethylphenidate hcl***)	3	ST; DO
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG (***dexmethylphenidate hcl***)	3	ST; DO
FOCALIN XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 30 MG, 35 MG, 40 MG (***dexmethylphenidate hcl***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 60 MG, 80 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
JORNAY PM ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; DO
METADATE CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE (***methylphenidate hcl***)	3	PA; DO
METHYLIN ORAL SOLUTION 10 MG/5ML (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (30 mL per 1 day)
METHYLIN ORAL SOLUTION 5 MG/5ML (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (60 mL per 1 day)
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 10 mg, 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg, 50 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 30 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 capsules per 1 day)
methylphenidate hcl er (la) oral capsule extended release 24 hour 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	PA; QL (1 capsule per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 18 mg, 27 mg	1 or 1b*	PA; DO
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 36 mg	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
methylphenidate hcl er (osm) oral tablet extended release 45 mg, 54 mg, 63 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
NUVIGIL ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG (***armodafinil***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
NUVIGIL ORAL TABLET 50 MG (***armodafinil***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
PROVIGIL ORAL TABLET 100 MG (***modafinil***)	3	PA; DO
PROVIGIL ORAL TABLET 200 MG (***modafinil***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 20 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; DO
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 30 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
QUILLICHEW ER ORAL TABLET CHEWABLE EXTENDED RELEASE 40 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QUILLIVANT XR ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (12 mL per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18 MG, 27 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; DO
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 36 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
RELEXXII ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG, 54 MG, 63 MG, 72 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG, 20 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; DO
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
RITALIN LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
RITALIN ORAL TABLET 10 MG, 5 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; DO
RITALIN ORAL TABLET 20 MG (***methylphenidate hcl***)	3	ST; QL (3 tablets 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 (1 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) ORAL PACKET (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day)
PALFORZIA (300 MG TITRATION) ORAL PACKET (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL DOSE 1-3YRS ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; QL (1 kit per 1 fill)
PALFORZIA INITIAL DOSE 4-17YRS ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
PALFORZIA INITIAL ESCALATION ORAL (***peanut powder-dnfp***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
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***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
BETHKIS INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (***tobramycin***)	3	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
KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (***tobramycin***)	3	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
neomycin sulfate oral tablet	1 or 1a*	
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted	1 or 1b*	
TOBI INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (***tobramycin***)	3	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE (***tobramycin***)	3	LD; QL (224 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/4ml	1 or 1b*	LD; QL (224 mL per 28 days); SP
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	1 or 1b*	LD; QL (10 mL per 1 day); SP
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml	1 or 1b*	QL (900 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml	1 or 1b*	QL (180 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution 2 gm/50ml	1 or 1b*	QL (1500 mL per 30 days)
tobramycin sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	QL (30 vials per 30 days)
ZEMDRI INTRAVENOUS SOLUTION (***plazomicin sulfate***)	3	
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANTIRHEUMATIC - JANUS KINASE (JAK) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OLUMIANT ORAL TABLET (***baricitinib***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION (***upadacitinib***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 1 day); SP
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***upadacitinib***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
XELJANZ ORAL SOLUTION (***tofacitinib citrate***)	3	PA; LD; QL (10 mL per 1 day); SP
XELJANZ ORAL TABLET (***tofacitinib citrate***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***tofacitinib citrate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ANTIRHEUMATIC ANTIMETABOLITES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OTREXUP SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***methotrexate (anti-rheumatic)***)	3	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
RASUVO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***methotrexate (anti-rheumatic)***)	3	PA; LD; QL (4 auto-injector per 28 days); SP
ANTI-TNF-ALPHA - MONOCLONAL ANTIBODIES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ABRILADA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-afzb***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
ABRILADA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-afzb***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
ABRILADA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab-afzb***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
adalimumab-aacf(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 80 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 day (QL exception needed for all 80mg doses)s); SP
adalimumab-aaty (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.2ml	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-aaty cd/uc/hs start subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one-time fill); SP
adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
adalimumab-adaz subcutaneous solution auto-injector 80 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (2 auto-injector per 28 days (QL exception needed for all 80 mg doses)s); SP
adalimumab-adaz subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
adalimumab-adbm (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
adalimumab-adbm (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (1 month per 6 one-time fills)
adalimumab-adbm(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
adalimumab-fkjp (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
adalimumab-fkjp (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
adalimumab-ryvk (2 pen) subcutaneous auto-injector kit	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
adalimumab-ryvk (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML (***adalimumab-atto***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML (***adalimumab-atto***)	3	PA; LD; QL (2 autoinjector per 28 days); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (***adalimumab-atto***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days (QL exception needed for all 80 mg doses)s); SP
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***adalimumab-atto***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***adalimumab-atto***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***adalimumab-atto***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
CYLTEZO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days)
CYLTEZO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 6 months)
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adbm***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill)
HADLIMA PUSHTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***adalimumab-bwwd***)	3	PA; LD; QL (2 autoinjectors per 28 days); SP
HADLIMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***adalimumab-bwwd***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-fkjp***)	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.4ML (***adalimumab-fkjp***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HULIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML (***adalimumab-fkjp***)	3	PA; LD; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
HUMIRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for all 80 mg doses)s); SP
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/0.8ML (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injector per 28 days (QL exception needed for all 80 mg doses)s); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML, 40 MG/0.4ML (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
HYRIMOZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UVEIT START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***adalimumab-adaz***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-ryvk***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
SIMLANDI (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (***adalimumab-ryvk***)	3	PA; QL (2 pens per 28 days (QL exception needed for all 80 mg doses)s); SP
SIMLANDI (1 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***adalimumab-ryvk***)	3	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
SIMLANDI (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-ryvk***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML (***adalimumab-ryvk***)	3	PA; QL (2 syringes per 28 days); SP
SIMLANDI (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-ryvk***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
SIMPONI ARIA INTRAVENOUS SOLUTION (***golimumab***)	3	PA; LD; SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***golimumab***)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
SIMPONI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***golimumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-aaty***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
YUFLYMA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML (***adalimumab-aaty***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 day (QL exception needed for all 80mg doses)s); 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YUFLYMA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-aaty***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML (***adalimumab-aaty***)	3	PA; LD; QL (2 syrgines per 28 days); SP
YUFLYMA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML (***adalimumab-aaty***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***adalimumab-aaty***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
YUSIMRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***adalimumab-aqvh***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
CELEBREX ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 50 MG (***celecoxib***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
CELEBREX ORAL CAPSULE 400 MG (***celecoxib***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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***)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
INTERLEUKIN-1 RECEPTOR ANTAGONIST (IL-1RA) - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
KINERET SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***anakinra***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day)
INTERLEUKIN-1BETA BLOCKERS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION (***canakinumab***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
INTERLEUKIN-6 RECEPTOR INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ACTEMRA ACTPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tocilizumab***)	3	PA; LD; QL (4 autoinjectors per 28 days); SP
ACTEMRA INTRAVENOUS SOLUTION (***tocilizumab***)	3	PA; LD; SP
ACTEMRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tocilizumab***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***sarilumab***)	3	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sarilumab***)	3	PA; LD; QL (2 injection per 28 days); SP
TOFIDENCE INTRAVENOUS SOLUTION (***tocilizumab-bavi***)	3	PA; LD; SP
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION (***tocilizumab-aazg***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tocilizumab-aazg***)	3	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tocilizumab-aazg***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
NONSTEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY AGENT COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 50-0.2 MG (***diclofenac-misoprostol***)	3	ST; QL (4 tablet per 1 day)
ARTHROTEC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 75-0.2 MG (***diclofenac-misoprostol***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
COMBOGESIC INTRAVENOUS SOLUTION (***ibuprofen-acetaminophen***)	3	
COMBOGESIC ORAL TABLET (***ibuprofen-acetaminophen***)	3	ST; QL (12 tablets per 1 day)
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)
DUEXIS ORAL TABLET (***ibuprofen-famotidine***)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
ibuprofen-famotidine oral tablet	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
naproxen-esomeprazole mg oral tablet delayed release	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
VIMOVO ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***naproxen-esomeprazole***)	3	ST; 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	
COXANTO ORAL CAPSULE (***oxaprozin***)	3	QL (4 capsules per 1 day)
DAYPRO ORAL TABLET (***oxaprozin***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac potassium oral capsule	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
diclofenac potassium oral tablet 25 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
diclofenac sodium oral tablet delayed release 75 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
EC-NAPROSYN ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***naproxen***)	3	ST
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)
fenoprofen calcium oral capsule	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FENOPRON ORAL CAPSULE (***fenoprofen calcium***)	3	ST; QL (4 capsules 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)
INDOCIN ORAL SUSPENSION (***indomethacin***)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
INDOCIN RECTAL SUPPOSITORY (***indomethacin***)	3	ST; QL (4 suppositories 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 oral suspension	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
indomethacin rectal suppository 50 mg	3	ST; QL (4 suppositories 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)
ketoprofen oral capsule 25 mg	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)
ketoprofen oral capsule 50 mg	3	ST; QL (4 capsules 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)
KIPROFEN ORAL CAPSULE (***ketoprofen***)	3	ST; QL (8 capsules per 1 day)
LODINE ORAL TABLET (***etodolac***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
lofena oral tablet	3	ST; QL (4 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 capsule	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
meloxicam oral suspension	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
meloxicam oral tablet 15 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
meloxicam oral tablet 7.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets 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)
NAPRELAN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***naproxen sodium***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NAPROSYN ORAL TABLET (***naproxen***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
naproxen dr oral tablet delayed release	1 or 1b*	
naproxen oral suspension	3	ST; QL (60 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
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 capsule	3	QL (4 capsules per 1 day)
oxaprozin oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
piroxicam oral capsule	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
RELAFEN DS ORAL TABLET (***nabumetone***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SPRIX NASAL SOLUTION (***ketorolac tromethamine***)	3	ST; QL (5 bottle per 30 days)
sulindac oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TOLECTIN 600 ORAL TABLET (***tolmetin sodium***)	3	ST
tolmetin sodium oral capsule	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
tolmetin sodium oral tablet	3	ST
ZIPSOR ORAL CAPSULE (***diclofenac potassium***)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
OTEZLA ORAL TABLET (***apremilast***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG (***apremilast***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 365 days); SP
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 10 & 51 X20 MG (***apremilast***)	3	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)
SELECTIVE COSTIMULATION MODULATORS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ORENCIA CLICKJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***abatacept***)	3	PA; LD; QL (4 Syringes per 28 days); SP
ORENCIA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***abatacept***)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
ORENCIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***abatacept***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
SOLUBLE TUMOR NECROSIS FACTOR RECEPTOR AGENTS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (4 cartridge 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (8 injections per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (8 syringes per 28 days); SP
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***etanercept***)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANALGESICS - SELECTIVE NAV1.8 SODIUM CHANNEL INHIBITORS - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
JOURNAVX ORAL TABLET (***suzetrigine***)	3	QL (15 tablets per 7 days)
ANALGESICS OTHER - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
acetaminophen intravenous solution	1 or 1b*	
ANALGESICS-SEDATIVES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
ALLZITAL ORAL TABLET (***butalbital-acetaminophen***)	3	QL (12 tablets per 1 day)
bac (butalbital-acetamin-caff) 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 50-300 mg	3	QL (6 tablets 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 capsule 50-325-40 mg	3	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)
FIORICET ORAL CAPSULE (***butalbital-apap-caffeine***)	3	QL (6 capsules per 1 day)
tencon oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
SALICYLATES - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
aspirin 81 oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin 81 oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin adult low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin ec low strength oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	QL (3 tablets per 1 day)
DOLOBID ORAL TABLET 250 MG (***diflunisal***)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
DOLOBID ORAL TABLET 375 MG (***diflunisal***)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
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	
eq aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
eql aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ft aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp adult aspirin low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp aspirin oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
h-e-b aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kls aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
mm aspirin oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
qc aspirin low dose oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
qc childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low dose oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin adult low strength oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin childrens oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec adult low st oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ra aspirin ec oral tablet delayed release 81 mg	1 or 1a*; $0	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
sb childrens aspirin oral tablet chewable	1 or 1a*; $0	
sb low dose asa ec 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 (90 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)
FIORICET/CODEINE ORAL CAPSULE (***butalbital-apap-caff-cod***)	3	AL; QL (6 capsules per 1 day)
DIHYDROCODEINE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
apap-caff-dihydrocodeine oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
trezix oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
HYDROCODONE COMBINATIONS - ARTHRITIS AND PAIN DRUGS**		
hydrocodone-acetaminophen oral solution 10-325 mg/15ml, 2.5-108 mg/5ml, 5-217 mg/10ml, 7.5-325 mg/15ml	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	3	AL; QL (6 tablets per 1 day)
codeine sulfate oral tablet 30 mg	1 or 1b*	AL; QL (6 tablets per 1 day)
CODEINE SULFATE ORAL TABLET 60 MG	3	AL; QL (6 tablet per 1 day)
CONZIP ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***tramadol hcl***)	3	PA; QL (1 capsule 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	3	
FENTANYL CITRATE (PF) INJECTION SOLUTION 100 MCG/2ML, 250 MCG/5ML	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 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 capsule extended release 12 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
hydrocodone bitartrate er oral capsule extended release 12 hour 30 mg, 40 mg, 50 mg	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
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*	
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT (***hydrocodone bitartrate***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INFUMORPH 200 INJECTION SOLUTION (***morphine sulfate microinfusion***)	3	
INFUMORPH 500 INJECTION SOLUTION (***morphine sulfate microinfusion***)	3	
levorphanol tartrate oral tablet 2 mg	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	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, 2 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)
MS CONTIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***morphine sulfate***)	3	PA; QL (3 tablet per 1 day)
NUCYNTA ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR (***tapentadol hcl***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 100 MG (***tapentadol hcl***)	3	QL (181 tablets per 30 days)
NUCYNTA ORAL TABLET 50 MG (***tapentadol hcl***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NUCYNTA ORAL TABLET 75 MG (***tapentadol hcl***)	3	QL (8 tablet per 1 day)
OLINVYK INTRAVENOUS SOLUTION (***oliceridine fumarate***)	3	
oxycodone hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (7 days per 1 fill)
oxycodone hcl oral concentrate	1 or 1b*	QL (6 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
oxycodone hcl oral tablet abuse-deterrent	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG (***oxycodone hcl***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 60 MG, 80 MG (***oxycodone hcl***)	3	PA; QL (2 tablet 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)
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
tramadol hcl oral tablet 75 mg	3	PA; QL (5 tablets per 1 day)
ULTIVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***remifentanil hcl***)	3	
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5 MG, 18 MG, 9 MG (***oxycodone***)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 27 MG, 36 MG (***oxycodone***)	3	PA; QL (2 capsule per 1 day)
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)
NALOCET ORAL TABLET	3	QL (6 tablet per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 10-300 MG/5ML	3	QL (30 mL per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL SOLUTION 5-325 MG/5ML	1 or 1b*	QL (60 mL per 1 day)
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN ORAL TABLET 10-300 MG, 5-300 MG, 7.5-300 MG	3	QL (6 tablets 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 2.5-300 MG	3	QL (6 tablet per 1 day)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 7.5-325 MG (***oxycodone-acetaminophen***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
PERCOCET ORAL TABLET 5-325 MG (***oxycodone-acetaminophen***)	3	QL (6 tablet per 1 day)
PROLATE ORAL SOLUTION (***oxycodone-acetaminophen***)	3	QL (30 mL per 1 day)
PROLATE ORAL TABLET (***oxycodone-acetaminophen***)	3	QL (6 tablets 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***)	3	LD; QL (4 syringes per 28 days)
BRIXADI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***buprenorphine***)	3	LD; QL (1 syringe per 28 days)
buprenorphine hcl injection solution	1 or 1b*	
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
BUTRANS TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***buprenorphine***)	3	PA; QL (1 package per 28 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***)	3	LD; QL (1 syringe per 28 days)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	3	QL (2 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 2-0.5 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	3	QL (16 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 4-1 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	3	QL (8 films per 1 day)
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 8-2 MG (***buprenorphine hcl-naloxone hcl***)	3	QL (4 films per 1 day)
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**		
ANDROGEL PUMP TRANSDERMAL GEL (***testosterone***)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION (***testosterone undecanoate***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AZMIRO INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***testosterone cypionate***)	3	PA
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)
KYZATREX ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG (***testosterone undecanoate***)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
KYZATREX ORAL CAPSULE 200 MG (***testosterone undecanoate***)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
METHITEST ORAL TABLET	3	PA
methyltestosterone oral capsule	3	PA
NATESTO NASAL GEL (***testosterone***)	3	PA; QL (3 pump bottles per 30 days)
TESTIM TRANSDERMAL GEL (***testosterone***)	3	PA; QL (1 packet per 1 day)
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)
TLANDO ORAL CAPSULE (***testosterone undecanoate***)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
UNDECATREX ORAL CAPSULE (***testosterone undecanoate***)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
VOGELXO PUMP TRANSDERMAL GEL (***testosterone***)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
VOGELXO TRANSDERMAL GEL (***testosterone***)	3	PA; QL (1 tube per 1 day)
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UCERIS RECTAL FOAM (***budesonide***)	3	QL (4.78 gm per 1 day)
NITRATE VASODILATING AGENTS - RECTAL PREPARATIONS**		
nitroglycerin rectal ointment	1 or 1b*	QL (1 unit per 1 day)
RECTIV RECTAL OINTMENT (***nitroglycerin***)	3	QL (1 unit per 1 day)
RECTAL ANESTHETIC/STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANALPRAM-HC EXTERNAL CREAM (***hydrocortisone ace-pramoxine***)	3	
ANALPRAM-HC EXTERNAL LOTION (***hydrocortisone ace-pramoxine***)	3	
hydrocortisone ace-pramoxine external cream 1-1 %	1 or 1b*	
PROCTOFOAM HC EXTERNAL FOAM (***hydrocortisone ace-pramoxine***)	3	
RECTAL STEROIDS - RECTAL PREPARATIONS**		
ANUSOL-HC EXTERNAL CREAM (***hydrocortisone***)	3	
hydrocortisone (perianal) external cream	1 or 1b*	
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM (***hydrocortisone***)	1 or 1b*	
procto-med hc external cream	1 or 1b*	
proctosol hc external cream	1 or 1b*	
proctozone-hc external cream	1 or 1b*	
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTHELMINTICS - DRUGS FOR PARASITES**		
albendazole oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (4 tablets per 1 day)
BENZNIDAZOLE ORAL TABLET	3	
BILTRICIDE ORAL TABLET (***praziquantel***)	3	
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE (***mebendazole***)	3	
ivermectin oral tablet 3 mg	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 fill)
ivermectin oral tablet 6 mg	1 or 1b*	QL (4 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	3	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT (***nitroglycerin***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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**		
BUCAPSOL ORAL CAPSULE 10 MG, 7.5 MG (***buspirone hcl***)	3	PA; DO
BUCAPSOL ORAL CAPSULE 15 MG (***buspirone hcl***)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
buspirone hcl oral tablet	1 or 1b*	
droperidol injection solution	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml	1 or 1b*	
hydroxyzine hcl intramuscular solution 50 mg/ml	3	
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 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
alprazolam er oral tablet extended release 24 hour 1 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
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 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 1 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
alprazolam xr oral tablet extended release 24 hour 2 mg, 3 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
ATIVAN INJECTION SOLUTION (***lorazepam***)	3	
ATIVAN ORAL TABLET 0.5 MG (***lorazepam***)	3	QL (12 tablets per 1 day)
ATIVAN ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (***lorazepam***)	3	QL (3 tablets per 1 day)
chlordiazepoxide hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	QL (12 tablets per 1 day)
lorazepam oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1 MG (***lorazepam***)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 1.5 MG (***lorazepam***)	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
LOREEV XR ORAL CAPSULE ER 24 HOUR SPRINKLE 2 MG, 3 MG (***lorazepam***)	3	ST; QL (2 capsule per 1 day)
oxazepam oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
VALIUM ORAL TABLET (***diazepam***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
XANAX ORAL TABLET (***alprazolam***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG (***alprazolam***)	3	QL (12 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1 MG (***alprazolam***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
XANAX XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 3 MG (***alprazolam***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ANTIARRHYTHMICS - MISC. - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
adenosine intravenous solution	1 or 1b*	
ANTIARRHYTHMICS TYPE I-A - DRUGS FOR ABNORMAL HEART RHYTHMS**		
disopyramide phosphate oral capsule	1 or 1b*	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR (***disopyramide phosphate***)	2	
NORPACE ORAL CAPSULE (***disopyramide phosphate***)	3	
procainamide hcl injection solution	1 or 1b*	
quinidine gluconate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
quinidine sulfate oral tablet	1 or 1a*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	1 or 1b*	
pacerone oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
TIKOSYN ORAL CAPSULE (***dofetilide***)	3	LD
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS**		
5-LIPOXYGENASE INHIBITORS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
zileuton er oral tablet extended release 12 hour	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ZYFLO ORAL TABLET (***zileuton***)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
ADRENERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***fluticasone-salmeterol***)	3	ST; QL (1 package per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL (***fluticasone-salmeterol***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 113/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***fluticasone-salmeterol***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRDUO RESPICLICK 232/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***fluticasone-salmeterol***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AIRDUO RESPICLICK 55/14 INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***fluticasone-salmeterol***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL (***albuterol-budesonide***)	3	PA; QL (3 inhalers per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***umeclidinium-vilanterol***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL (***glycopyrrolate-formoterol***)	3	ST; 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)
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)
DUAKLIR PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***aclidinium br-formoterol fum***)	3	ST; QL (1 unit per 25 days)
DULERA INHALATION AEROSOL (***mometasone furo-formoterol fum***)	3	ST; QL (1 inhaler 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)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL (***budesonide-formoterol fumarate***)	3	ST; QL (1.03 grams per 1 day)
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)
umeclidinium-vilanterol inhalation aerosol powder breath activated	1 or 1b*	QL (1 inhaler per 30 days)
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***)	3	PA; LD; QL (4 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (4 prefilled 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML (***omalizumab***)	3	PA; LD; QL (2 prefilled syringes per 28 days); SP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***omalizumab***)	3	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, 2.5 mg/0.5ml	1 or 1b*	QL (180 vials per 30 days)
ALBUTEROL SULFATE INHALATION NEBULIZATION SOLUTION (5 MG/ML) 0.5%	1 or 1b*	QL (180 vials 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*	
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (***albuterol sulfate***)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
XOPENEX HFA INHALATION AEROSOL (***levalbuterol tartrate***)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (***ipratropium bromide hfa***)	2	QL (2 inhalers per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***umeclidinium bromide***)	3	ST; QL (1 inhaler 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)
TUDORZA PRESSAIR INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***aclidinium bromide***)	3	ST; QL (0.04 EA 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***)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 8 weekss); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML (***benralizumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 8 weeks); SP
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML (***benralizumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringes per 8 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 autoinjector per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 4 weekss); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 injection per 28 days); SP
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***mepolizumab***)	3	PA; LD; QL (1 injections per 28 days); SP
INTERLEUKIN-5 ANTAGONISTS (IGG4 KAPPA) - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
CINQAIR INTRAVENOUS SOLUTION (***reslizumab***)	3	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)
SINGULAIR ORAL PACKET (***montelukast sodium***)	3	QL (1 packet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET (***montelukast sodium***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
SINGULAIR ORAL TABLET CHEWABLE (***montelukast sodium***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
zafirlukast oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PHOSPHODIESTERASE 3 & 4 (PDE3 & PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OHTUVAYRE INHALATION SUSPENSION (***ensifentrine***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 30 days); SP
SELECTIVE PHOSPHODIESTERASE 4 (PDE4) INHIBITORS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
DALIRESP ORAL TABLET (***roflumilast***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
roflumilast oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
STEROID INHALANTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT (***ciclesonide***)	3	ST; QL (2 inhalers per 30 days)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT (***ciclesonide***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***fluticasone furoate***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (120 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***mometasone furoate***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (14 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***mometasone furoate***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 110 MCG/ACT (***mometasone furoate***)	3	ST; QL (0.04 EA per 1 day)
ASMANEX (30 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 220 MCG/ACT (***mometasone furoate***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX (60 METERED DOSES) INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***mometasone furoate***)	3	ST; QL (1 inhaler per 30 days)
ASMANEX HFA INHALATION AEROSOL (***mometasone furoate***)	3	ST; 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)
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)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (***budesonide***)	3	ST; QL (0.07 EA per 1 day)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 0.25 MG/2ML, 0.5 MG/2ML (***budesonide***)	3	QL (120 ML per 30 days)
PULMICORT INHALATION SUSPENSION 1 MG/2ML (***budesonide***)	3	QL (60 ML per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 40 MCG/ACT (***beclomethasone diprop hfa***)	2	QL (1 inhaler per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (***beclomethasone diprop hfa***)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tezepelumab-ekko***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tezepelumab-ekko***)	3	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)
rivaroxaban oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
SAVAYSA ORAL TABLET (***edoxaban tosylate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***rivaroxaban***)	2	QL (20 mL per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (***rivaroxaban***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
XARELTO ORAL TABLET 15 MG, 2.5 MG (***rivaroxaban***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***rivaroxaban***)	2	QL (1 pack per 365 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
LOVENOX INJECTION SOLUTION (***enoxaparin sodium***)	3	QL (30 syringes per 30 days)
LOVENOX INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***enoxaparin sodium***)	3	QL (2 syringes per 1 day)
SYNTHETIC HEPARINOID-LIKE AGENTS - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARIXTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***fondaparinux sodium***)	3	QL (30 syringes per 30 days)
fondaparinux sodium subcutaneous solution	1 or 1b*	QL (30 syringes per 30 days)
THROMBIN INHIBITORS - HIRUDIN TYPE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ANGIOMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***bivalirudin trifluoroacetate***)	3	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution	1 or 1b*	
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT & REVERSIBLE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dabigatran etexilate mesylate oral capsule	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL CAPSULE (***dabigatran etexilate mesylate***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 110 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG (***dabigatran etexilate mesylate***)	3	QL (4 packets per 1 day)
PRADAXA ORAL PACKET 150 MG, 20 MG (***dabigatran etexilate mesylate***)	3	QL (2 packets per 1 day)
***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 2.5 mg/ml	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)
KLONOPIN ORAL TABLET (***clonazepam***)	3	QL (3 tablets per 1 day)
NAYZILAM NASAL SOLUTION (***midazolam (anticonvulsant)***)	3	PA; QL (50 mg per 30 days)
ONFI ORAL SUSPENSION (***clobazam***)	3	QL (16 mL per 1 day)
ONFI ORAL TABLET (***clobazam***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (***carbamazepine***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARBATROL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 300 MG (***carbamazepine***)	3	QL (5 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG (***stiripentol***)	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG (***stiripentol***)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG (***stiripentol***)	3	PA; LD; DO
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG (***stiripentol***)	3	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***)	3	PA; LD; SP
epitol oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
EPRONTIA ORAL SOLUTION (***topiramate***)	3	QL (16 mL per 1 day)
eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg	1 or 1b*	DO
eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
FINTEPLA ORAL SOLUTION (***fenfluramine hcl***)	3	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)
GABARONE ORAL TABLET 100 MG (***gabapentin***)	3	PA; DO
GABARONE ORAL TABLET 400 MG (***gabapentin***)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA INTRAVENOUS SOLUTION (***levetiracetam***)	3	
KEPPRA ORAL SOLUTION (***levetiracetam***)	3	QL (30 mL per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG (***levetiracetam***)	3	QL (3 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KEPPRA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG, 750 MG (***levetiracetam***)	3	DO
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (***levetiracetam***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
KEPPRA XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 750 MG (***levetiracetam***)	3	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)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG (***lamotrigine***)	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL ODT ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 42 X 50 MG & 14X100 MG (***lamotrigine***)	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 100 MG, 200 MG (***lamotrigine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 25 MG (***lamotrigine***)	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 50 MG (***lamotrigine***)	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET (***lamotrigine***)	3	DO
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG (***lamotrigine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LAMICTAL ORAL TABLET CHEWABLE 5 MG (***lamotrigine***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 35 X 25 MG (***lamotrigine***)	3	QL (1 kit per 28 days)
LAMICTAL STARTER ORAL KIT 42 X 25 MG & 7 X 100 MG, 84 X 25 MG & 14X100 MG (***lamotrigine***)	3	QL (1 kit per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 21 X 25 MG & 7 X 50 MG (***lamotrigine***)	3	QL (28 tablets per 28 days)
LAMICTAL XR ORAL KIT 25 & 50 & 100 MG, 50 & 100 & 200 MG (***lamotrigine***)	3	QL (35 tablets per 35 days)
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 25 MG, 50 MG (***lamotrigine***)	3	DO
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (***lamotrigine***)	3	QL (3 tablets per 1 day)
LAMICTAL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG, 300 MG (***lamotrigine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral kit 21 x 25 mg & 7 x 50 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg, 42 x 50 mg & 14x100 mg	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine oral tablet	1 or 1b*	DO
lamotrigine oral tablet chewable 25 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet chewable 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
levetiracetam oral tablet disintegrating soluble	3	QL (2 tablets per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (***pregabalin***)	3	QL (3 capsule per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 225 MG, 300 MG (***pregabalin***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL CAPSULE 75 MG (***pregabalin***)	3	QL (3 capsules per 1 day)
LYRICA ORAL SOLUTION (***pregabalin***)	3	QL (30 mL per 1 day)
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (***lacosamide***)	3	DO
MOTPOLY XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG (***lacosamide***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 250 MG (***primidone***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
MYSOLINE ORAL TABLET 50 MG (***primidone***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL CAPSULE (***gabapentin***)	3	DO
NEURONTIN ORAL SOLUTION (***gabapentin***)	3	QL (72 mL per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 600 MG (***gabapentin***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
NEURONTIN ORAL TABLET 800 MG (***gabapentin***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
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)
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 300 MG (***oxcarbazepine***)	3	DO
OXTELLAR XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 600 MG (***oxcarbazepine***)	3	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
roweepra oral tablet	1 or 1b*	DO
rufinamide oral suspension	1 or 1b*	QL (80 mL per 1 day)
rufinamide oral tablet 200 mg	1 or 1b*	DO
rufinamide oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG (***levetiracetam***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG (***levetiracetam***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
subvenite oral tablet	1 or 1b*	DO
subvenite starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
subvenite starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
subvenite starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
TEGRETOL ORAL SUSPENSION (***carbamazepine***)	3	QL (50 mL per 1 day)
TEGRETOL ORAL TABLET (***carbamazepine***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG (***carbamazepine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 400 MG (***carbamazepine***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
TOPAMAX ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG (***topiramate***)	3	DO
TOPAMAX ORAL TABLET 200 MG (***topiramate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TOPAMAX SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE (***topiramate***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
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 15 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
topiramate oral capsule sprinkle 50 mg	3	ST; QL (8 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)
TRILEPTAL ORAL SUSPENSION (***oxcarbazepine***)	3	QL (40 mL per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 150 MG, 300 MG (***oxcarbazepine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRILEPTAL ORAL TABLET 600 MG (***oxcarbazepine***)	3	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 50 MG (***topiramate***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 200 MG (***topiramate***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
TROKENDI XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG (***topiramate***)	3	ST; DO
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION (***lacosamide***)	3	
VIMPAT ORAL SOLUTION (***lacosamide***)	3	QL (40 mL per 1 day)
VIMPAT ORAL TABLET (***lacosamide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZONEGRAN ORAL CAPSULE (***zonisamide***)	3	QL (6 capsule per 1 day)
ZONISADE ORAL SUSPENSION (***zonisamide***)	3	QL (6 bottles per 30 days)
zonisamide oral capsule	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
ZTALMY ORAL SUSPENSION (***ganaxolone***)	3	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)
FELBATOL ORAL TABLET (***felbamate***)	3	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**		
SABRIL ORAL PACKET (***vigabatrin***)	3	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
SABRIL ORAL TABLET (***vigabatrin***)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
tiagabine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
vigabatrin oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day); SP
vigabatrin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
vigadrone oral packet	1 or 1b*	LD; QL (6 packets per 1 day)
vigabatrin (Vigadrone Oral Tablet)	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
VIGAFYDE ORAL SOLUTION (***vigabatrin***)	3	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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (***phenytoin sodium extended***)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (***phenytoin sodium extended***)	2	
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)
ZARONTIN ORAL CAPSULE (***ethosuximide***)	3	QL (6 capsules per 1 day)
ZARONTIN ORAL SOLUTION (***ethosuximide***)	3	QL (30 mL per 1 day)
VALPROIC ACID - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 250 MG (***divalproex sodium***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 500 MG (***divalproex sodium***)	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 125 MG, 250 MG (***divalproex sodium***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DEPAKOTE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 500 MG (***divalproex sodium***)	3	QL (7 tablets per 1 day)
DEPAKOTE SPRINKLES ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE (***divalproex sodium***)	3	QL (8 capsules per 1 day)
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	1 or 1b*	
valproic acid oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
valproic acid oral 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ALPHA-2 RECEPTOR ANTAGONISTS (TETRACYCLICS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
mirtazapine oral tablet	1 or 1b*	
mirtazapine oral tablet dispersible	1 or 1b*	
REMERON ORAL TABLET (***mirtazapine***)	3	
REMERON SOLTAB ORAL TABLET DISPERSIBLE (***mirtazapine***)	3	
ANTIDEPRESSANT - MISCELLANEOUS COMBINATIONS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***dextromethorphan-bupropion***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ANTIDEPRESSANTS - MISC. - DRUGS FOR DEPRESSION**		
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 174 MG (***bupropion hbr***)	3	ST; DO
APLENZIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 348 MG, 522 MG (***bupropion hbr***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg	1 or 1b*	DO
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 150 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
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
FORFIVO XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***bupropion hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG (***bupropion hcl***)	3	ST; DO
WELLBUTRIN SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 150 MG, 200 MG (***bupropion hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (***bupropion hcl***)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
WELLBUTRIN XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG (***bupropion hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
GABA RECEPTOR MODULATOR - NEUROACTIVE STEROID - DRUGS FOR DEPRESSION**		
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG (***zuranolone***)	3	PA; LD; QL (28 capsules per 1 fill)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG (***zuranolone***)	3	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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SPRAVATO (84 MG DOSE) NASAL SOLUTION THERAPY PACK (***esketamine hcl***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days)
SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS (SSRIS) - DRUGS FOR DEPRESSION**		
CELEXA ORAL TABLET (***citalopram hydrobromide***)	3	ST
CITALOPRAM HYDROBROMIDE ORAL CAPSULE	3	ST
citalopram hydrobromide oral solution	1 or 1b*	
citalopram hydrobromide oral tablet	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral solution	1 or 1b*	
escitalopram oxalate oral tablet	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral capsule delayed release	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral solution	1 or 1b*	
fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	1 or 1b*	
FLUOXETINE HCL ORAL TABLET 60 MG	3	
fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	
fluvoxamine maleate oral tablet	1 or 1b*	
LEXAPRO ORAL TABLET (***escitalopram oxalate***)	3	ST
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 CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***paroxetine hcl***)	3	ST
PAXIL ORAL TABLET (***paroxetine hcl***)	3	ST
PROZAC ORAL CAPSULE (***fluoxetine hcl***)	3	ST
SERTRALINE HCL ORAL CAPSULE	3	ST
sertraline hcl oral concentrate	1 or 1b*	
sertraline hcl oral tablet	1 or 1b*	
ZOLOFT ORAL CONCENTRATE (***sertraline hcl***)	3	ST
ZOLOFT ORAL TABLET (***sertraline hcl***)	3	ST

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SEROTONIN MODULATORS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO
nefazodone hcl oral tablet 150 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nefazodone hcl oral tablet 200 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
RALDESY ORAL SOLUTION (***trazodone hcl***)	3	ST; QL (60 mL 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)
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (***vilazodone hcl***)	3	ST; DO
VIIBRYD ORAL TABLET 40 MG (***vilazodone hcl***)	3	ST; 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**		
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 20 MG (***duloxetine hcl***)	3	PA; QL (6 capsules per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 30 MG (***duloxetine hcl***)	3	PA; QL (4 capsules per 1 day)
CYMBALTA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 60 MG (***duloxetine hcl***)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
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
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 60 MG (***duloxetine hcl***)	3	QL (2 capules per 1 day)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 30 MG, 40 MG (***duloxetine hcl***)	3	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)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (***venlafaxine hcl***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 37.5 MG (***venlafaxine hcl***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG (***venlafaxine hcl***)	3	ST; QL (3 capsules per 1 day)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***levomilnacipran hcl***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK (***levomilnacipran hcl***)	3	ST; QL (28 pack per 365 days)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG (***desvenlafaxine succinate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRISTIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG (***desvenlafaxine succinate***)	3	ST; DO
venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg	1 or 1b*	QL (6 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 150 mg	3	ST; QL (1 tablet 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 er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg	3	ST; QL (6 tablets per 1 day)
venlafaxine hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg	3	ST; QL (3 tablets 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
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 25 MG (***clomipramine hcl***)	3	DO
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 50 MG (***clomipramine hcl***)	3	QL (5 capsules per 1 day)
ANAFRANIL ORAL CAPSULE 75 MG (***clomipramine hcl***)	3	QL (3 capsules per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
imipramine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 75 mg	1 or 1b*	DO
imipramine pamoate oral capsule 125 mg, 150 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
NORPRAMIN ORAL TABLET (***desipramine hcl***)	3	DO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg	1 or 1b*	DO
nortriptyline hcl oral capsule 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
nortriptyline hcl oral solution	1 or 1b*	QL (75 mL per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG (***nortriptyline hcl***)	3	DO
PAMELOR ORAL CAPSULE 50 MG (***nortriptyline hcl***)	3	QL (3 capsules per 1 day)
PAMELOR ORAL CAPSULE 75 MG (***nortriptyline hcl***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
protriptyline hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	DO
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
***ANTIDIABETICS* - HORMONES**		
ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
acarbose oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
miglitol oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
ANTIDIABETIC - AMYLIN ANALOGS - DRUGS FOR DIABETES**		
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***pramlintide acetate***)	2	QL (4 pens per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***pramlintide acetate***)	2	QL (2 boxes per 30 days)
ANTIDIABETIC-ANTI-CD3 ANTIBODIES - HORMONES**		
TZIELD INTRAVENOUS SOLUTION (***teplizumab-mzwv***)	3	PA; LD
BIGUANIDES - DRUGS FOR DIABETES**		
metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl er (mod) oral tablet extended release 24 hour 500 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 1000 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
metformin hcl er (osm) oral tablet extended release 24 hour 500 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
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 625 MG	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
metformin hcl oral tablet 750 mg	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
metformin hcl oral tablet 850 mg	1 or 1b*; $0	QL (3 tablets per 1 day)
RIOMET ORAL SOLUTION (***metformin hcl***)	3	PA; QL (2 bottles per 30 days)
DIABETIC OTHER - DRUGS FOR DIABETES**		
BAQSIMI ONE PACK NASAL POWDER (***glucagon***)	3	QL (2 packs per 30 days)
BAQSIMI TWO PACK NASAL POWDER (***glucagon***)	3	QL (1 pack per 30 days)
diazoxide oral suspension	1 or 1b*	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT	1 or 1b*	QL (2 kits per 30 days)
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***glucagon***)	3	QL (2 packs per 30 days)
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***glucagon***)	3	QL (1 pack per 30 days)
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION (***glucagon***)	3	QL (2 kits per 30 days)
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***glucagon***)	3	QL (2 packs per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION (***diazoxide***)	3	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***dasiglucagon hcl***)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***dasiglucagon hcl***)	3	QL (1.2 mL per 30 days)
DIPEPTIDYL PEPTIDASE-4 (DPP-4) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
alogliptin benzoate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JANUVIA ORAL TABLET (***sitagliptin phosphate***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ONGLYZA ORAL TABLET (***saxagliptin hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
saxagliptin hcl oral tablet	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
sitagliptin oral tablet	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
TRADJENTA ORAL TABLET (***linagliptin***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZITUVIO ORAL TABLET (***sitagliptin***)	3	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 phos-metformin hcl***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (***sitagliptin phos-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 phos-metformin hcl***)	2	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO ORAL TABLET (***linagliptin-metformin hcl***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (***linagliptin-metformin hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG (***linagliptin-metformin hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 2.5-1000 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
saxagliptin-metformin er oral tablet extended release 24 hour 5-1000 mg, 5-500 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
sitaglipt base-metform hcl er oral tablet extended release 24 hour 100-1000 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
sitaglipt base-metform hcl er oral tablet extended release 24 hour 50-1000 mg, 50-500 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
sitagliptin base-metformin hcl oral tablet	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZITUVIMET ORAL TABLET (***sitagliptin base-metformin hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
ZITUVIMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG (***sitagliptin base-metformin hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZITUVIMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG (***sitagliptin base-metformin hcl***)	3	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**		
ADMELOG INJECTION SOLUTION (***insulin lispro***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
AFREZZA INHALATION POWDER 12 UNIT (***insulin regular human***)	3	PA; QL (9 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 4 UNIT, 90 X 4 UNIT & 90X8 UNIT (***insulin regular human***)	3	PA; QL (18 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 60X4 &60X8 & 60X12 UNIT, 8 UNIT (***insulin regular human***)	3	PA; QL (12 cartridges per 1 day)
AFREZZA INHALATION POWDER 90 X 8 UNIT & 90X12 UNIT (***insulin regular human***)	3	PA; QL (1 EA per 12 days)
APIDRA INJECTION SOLUTION (***insulin glulisine***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
APIDRA SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glulisine***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
BASAGLAR TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine***)	3	ST; QL (1 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin aspart (w/niacinamide)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP INJECTION SOLUTION (***insulin aspart (w/niacinamide)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***insulin aspart (w/niacinamide)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***insulin aspart (w/niacinamide)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG INJECTION SOLUTION (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin lispro prot & lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin lispro prot & lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin lispro prot & lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***insulin lispro***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMALOG TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro***)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph isophane & regular***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph isophane & regular***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph human (isophane)***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph human (isophane)***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION (***insulin regular human***)	2	QL (30 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION (***insulin regular human***)	2	PA; QL (20 mL per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin regular human***)	2	PA; QL (18 mL per 30 days)
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART INJECTION SOLUTION	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
INSULIN ASPART PROT & ASPART SUBCUTANEOUS SUSPENSION	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
insulin degludec flextouch subcutaneous solution pen-injector 200 unit/ml	3	ST; QL (18 mL per 30 days)
insulin degludec subcutaneous solution	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
insulin glargine max solostar subcutaneous solution pen-injector	3	ST; QL (12 mL per 30 days)
insulin glargine solostar subcutaneous solution pen-injector 300 unit/ml	3	ST; QL (13.5 mL per 30 days)
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
INSULIN GLARGINE-YFGN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
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)
LYUMJEV TEMPO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin lispro-aabc***)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
MYXREDLIN INTRAVENOUS SOLUTION (***insulin regular(human) in nacl***)	3	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph isophane & regular***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph isophane & regular***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph isophane & regular***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph isophane & regular***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph human (isophane)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin nph human (isophane)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph human (isophane)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin nph human (isophane)***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin regular human***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVOLIN R FLEXPEN RELION INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin regular human***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION (***insulin regular human***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLIN R RELION INJECTION SOLUTION (***insulin regular human***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin aspart prot & aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN RELION SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG INJECTION SOLUTION (***insulin aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (***insulin aspart prot & aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 RELION SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin aspart prot & aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***insulin aspart prot & aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***insulin aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
NOVOLOG RELION INJECTION SOLUTION (***insulin aspart***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
REZVOGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine-aglr***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION (***insulin glargine-yfgn***)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
SEMGLEE (YFGN) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***insulin glargine-yfgn***)	3	ST; QL (1 mL per 1 day)
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**		
exenatide subcutaneous solution pen-injector 10 mcg/0.04ml	3	PA; QL (0.08 mL per 1 day)
exenatide subcutaneous solution pen-injector 5 mcg/0.02ml	3	PA; QL (0.04 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
liraglutide subcutaneous solution pen-injector	1 or 1b*	PA; QL (1 box per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 pen per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 unit per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***semaglutide***)	2	PA; QL (0.11 mL per 1 day)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 7 MG (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 carton per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 3 MG (***semaglutide***)	2	PA; QL (1 carton per 1 lifetime)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML (***dulaglutide***)	2	PA; QL (4 pens per 28 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML (***dulaglutide***)	2	PA; QL (4 syringes per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***liraglutide***)	3	PA; QL (1 box per 30 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**		
KORLYM ORAL TABLET (***mifepristone***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
mifepristone oral tablet 300 mg	1 or 1b*	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)
STEGLUJAN ORAL TABLET (***ertugliflozin-sitagliptin***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) INHIBITORS - DRUGS FOR DIABETES**		
bexagliflozin oral tablet	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
BRENZAVVY ORAL TABLET (***bexagliflozin***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
INVOKANA ORAL TABLET (***canagliflozin***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
JARDIANCE ORAL TABLET (***empagliflozin***)	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
STEGLATRO ORAL TABLET (***ertugliflozin l-pyroglutamicac***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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)
INVOKAMET ORAL TABLET (***canagliflozin-metformin hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***canagliflozin-metformin hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SEGLUROMET ORAL TABLET (***ertugliflozin-metformin hcl***)	3	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*	QL (8 tablets per 1 day)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 1.25-250 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
glyburide-metformin oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
SULFONYLUREAS - DRUGS FOR DIABETES**		
glimepiride oral tablet 1 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 3 mg	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
glimepiride oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 5 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
glipizide oral tablet 10 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 2.5 mg	1 or 1a*	QL (16 tablets per 1 day)
glipizide oral tablet 5 mg	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (***glipizide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
GLUCOTROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG (***glipizide***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 1.5 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 3 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
glyburide micronized oral tablet 6 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 1.25 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
glyburide oral tablet 5 mg	1 or 1b*	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**		
ACTOPLUS MET ORAL TABLET (***pioglitazone hcl-metformin hcl***)	3	ST; QL (3 tablet per 1 day)
pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (3 tablets per 1 day)
THIAZOLIDINEDIONES - DRUGS FOR DIABETES**		
ACTOS ORAL TABLET (***pioglitazone hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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**		
relibiotic 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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferasirox oral tablet soluble	1 or 1b*	PA; LD; SP
deferiprone oral tablet	1 or 1b*	PA; LD
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE (***deferasirox***)	3	PA; LD; SP
FERRIPROX ORAL SOLUTION (***deferiprone***)	3	PA; LD
FERRIPROX ORAL TABLET (***deferiprone***)	3	PA; LD
FERRIPROX TWICE-A-DAY ORAL TABLET (***deferiprone***)	3	PA; LD
JADENU ORAL TABLET (***deferasirox***)	3	PA; LD; SP
JADENU SPRINKLE ORAL PACKET (***deferasirox***)	3	PA; LD; SP
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	1 or 1b*	LD; SP
DESFERAL INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***deferoxamine mesylate***)	3	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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	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)
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*	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*	
NARCAN NASAL LIQUID (***naloxone hcl***)	3	ST; QL (6 nasal spray per 90 days)
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***)	3	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 +rfid injection solution	1 or 1b*	
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	LD
palonosetron hcl intravenous solution 0.25 mg/5ml	1 or 1b*	LD
palonosetron hcl intravenous solution prefilled syringe	1 or 1b*	LD
POSFREA INTRAVENOUS SOLUTION (***palonosetron hcl***)	3	LD
SANCUSO TRANSDERMAL PATCH (***granisetron***)	3	LD; QL (4 patches per 28 days)
SUSTOL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***granisetron***)	3	LD
ANTIEMETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR VOMITING AND NAUSEA**		
AKYNZEO (READY-TO-USE) INTRAVENOUS SOLUTION (***fosnetupitant-palonosetron***)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) INTRAVENOUS SOLUTION (***fosnetupitant-palonosetron***)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fosnetupitant-palonosetron***)	3	PA; LD; QL (5 vials per 30 days)
AKYNZEO ORAL CAPSULE (***netupitant-palonosetron***)	3	LD; QL (5 capsules per 25 days)
BONJESTA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***doxylamine-pyridoxine***)	3	PA; QL (4 tablet per 1 day)
DICLEGIS ORAL TABLET DELAYED 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**		
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	QL (5 vials per 30 days)
EMEND BIPACK ORAL CAPSULE (***aprepitant***)	3	LD; QL (10 capsules per 25 days)
EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fosaprepitant dimeglumine***)	3	LD; QL (5 vial per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***aprepitant***)	3	QL (15 kit per 30 days)
EMEND TRIPACK ORAL CAPSULE (***aprepitant***)	3	LD; QL (15 capsules per 25 days)
focinvez intravenous solution	3	QL (5 vials per 30 days)
fosaprepitant dimeglumine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	
griseofulvin ultramicrosize oral tablet 165 mg	3	
nystatin oral tablet	1 or 1b*	
terbinafine hcl oral tablet	1 or 1b*	
IMIDAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
ketoconazole oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
TETRAZOLES - DRUGS FOR FUNGUS**		
VIVJOA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***oteseconazole***)	3	PA; QL (1 carton per 4 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)
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 INTRAVENOUS SOLUTION (***posaconazole***)	3	
NOXAFIL ORAL PACKET (***posaconazole***)	3	PA; QL (31 packet per 30 days)
NOXAFIL ORAL SUSPENSION (***posaconazole***)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***posaconazole***)	3	PA; QL (93 tablets 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPORANOX ORAL CAPSULE (***itraconazole***)	3	PA; QL (4.2 capsules per 1 day)
TOLSURA ORAL CAPSULE	3	PA; QL (126 capsules per 30 days)
VFEND IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***voriconazole***)	3	
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 intravenous solution reconstituted	3	
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 - ALKYLAMINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
ryclora oral solution	3	ST
ANTIHISTAMINES - ETHANOLAMINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
carbinoxamine maleate er oral suspension extended release	1 or 1b*	ST; QL (40 mL per 1 day)
carbinoxamine maleate oral solution	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 4 mg	1 or 1b*	ST
carbinoxamine maleate oral tablet 6 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
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)
KARBINAL ER ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE (***carbinoxamine maleate***)	3	ST; QL (40 mL per 1 day)
RYVENT ORAL TABLET (***carbinoxamine maleate***)	3	ST; QL (4 tablets 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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
promethazine hcl oral solution	1 or 1a*	QL (40 mL per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
promethazine hcl oral tablet 50 mg	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
promethazine hcl rectal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 1 day)
promethegan rectal suppository 50 mg	1 or 1b*	QL (1 suppository per 1 day)
ANTIHISTAMINES - PIPERIDINES - DRUGS FOR ALLERGIES**		
cyproheptadine hcl oral syrup	1 or 1b*	
cyproheptadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ACL INHIB-INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIB COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLIZET ORAL TABLET (***bempedoic acid-ezetimibe***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ADENOSINE TRIPHOSPHATE-CITRATE LYASE (ACL) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
NEXLETOL ORAL TABLET (***bempedoic acid***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ANGIOPOIETIN-LIKE PROTEIN 3 (ANGPTL3) INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
EVKEEZA INTRAVENOUS SOLUTION (***evinacumab-dgnb***)	3	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)
LOVAZA ORAL CAPSULE (***omega-3-acid ethyl esters***)	3	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
WELCHOL ORAL PACKET (***colesevelam hcl***)	3	QL (1 packet per 1 day)
WELCHOL ORAL TABLET (***colesevelam hcl***)	3	QL (6 tablets 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)
gemfibrozil oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LIPOFEN ORAL CAPSULE (***fenofibrate***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
LOPID ORAL TABLET (***gemfibrozil***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
TRICOR ORAL TABLET (***fenofibrate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
HMG COA REDUCTASE INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG (***lovastatin***)	3	ST; DO
ALTOPREV ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG, 60 MG (***lovastatin***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ATORVALIQ ORAL SUSPENSION (***atorvastatin calcium***)	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
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)
CRESTOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG (***rosuvastatin calcium***)	3	ST; DO
CRESTOR ORAL TABLET 40 MG (***rosuvastatin calcium***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 10 MG, 20 MG, 5 MG (***rosuvastatin calcium***)	3	ST; DO
EZALLOR SPRINKLE ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (***rosuvastatin calcium***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
FLOLIPID ORAL SUSPENSION	3	ST; QL (5 mL per 1 day)
fluvastatin sodium er oral tablet extended release 24 hour	3; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
fluvastatin sodium oral capsule	1 or 1b*; $0	DO
LESCOL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***fluvastatin sodium***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIPITOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG (***atorvastatin calcium***)	3	ST; DO
LIPITOR ORAL TABLET 80 MG (***atorvastatin calcium***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LIVALO ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (***pitavastatin calcium***)	3	ST; DO
LIVALO ORAL TABLET 4 MG (***pitavastatin calcium***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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)
pitavastatin calcium oral tablet 1 mg, 2 mg	3	ST; DO
pitavastatin calcium oral tablet 4 mg	3	ST; QL (1 tablet 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)
ZOCOR ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (***simvastatin***)	3	ST; DO
ZOCOR ORAL TABLET 40 MG (***simvastatin***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZYPITAMAG ORAL TABLET 2 MG (***pitavastatin magnesium***)	3	ST; DO
ZYPITAMAG ORAL TABLET 4 MG (***pitavastatin magnesium***)	3	ST; 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)
VYTORIN ORAL TABLET (***ezetimibe-simvastatin***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
INTESTINAL CHOLESTEROL ABSORPTION INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
ezetimibe oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
ZETIA ORAL TABLET (***ezetimibe***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PCSK9 INHIBITORS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***alirocumab***)	3	PA; QL (2 pens per 28 days)
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***)	3	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*	QL (4 capsules per 1 day)
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 5-10 mg, 5-20 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
LOTREL ORAL CAPSULE 10-20 MG, 10-40 MG (***amlodipine besy-benazepril hcl***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
LOTREL ORAL CAPSULE 5-10 MG, 5-20 MG (***amlodipine besy-benazepril hcl***)	3	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 (***perindopril arg-amlodipine***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
PRESTALIA ORAL TABLET 7-5 MG (***perindopril arg-amlodipine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
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	QL (4 tablets per 1 day)
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*	QL (4 tablets per 1 day)
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	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 10-12.5 MG (***benazepril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LOTENSIN HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG, 20-25 MG (***benazepril-hydrochlorothiazide***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
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, 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**		
ACCUPRIL ORAL TABLET 10 MG (***quinapril hcl***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
ACCUPRIL ORAL TABLET 20 MG (***quinapril hcl***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ACCUPRIL ORAL TABLET 40 MG (***quinapril hcl***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ACCUPRIL ORAL TABLET 5 MG (***quinapril hcl***)	3	QL (16 tablets per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE 10 MG (***ramipril***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
ALTACE ORAL CAPSULE 2.5 MG (***ramipril***)	3	QL (8 capsules per 1 day)
benazepril hcl oral tablet 10 mg	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
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)
benazepril hcl oral tablet 5 mg	1 or 1a*	QL (16 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 12.5 mg	1 or 1b*	QL (24 tablets per 1 day)
captopril oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
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	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
enalapril maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (8 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*	QL (8 tablets per 1 day)
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	1 or 1a*	QL (8 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 2.5 mg	1 or 1a*	QL (32 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 20 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lisinopril oral tablet 30 mg, 40 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
lisinopril oral tablet 5 mg	1 or 1a*	QL (16 tablets per 1 day)
LOTENSIN ORAL TABLET 10 MG (***benazepril hcl***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
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*	QL (8 tablets per 1 day)
perindopril erbumine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
perindopril erbumine oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
perindopril erbumine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
QBRELIS ORAL SOLUTION (***lisinopril***)	3	QL (40 mg per 1 day)
quinapril hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
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)
quinapril hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
ramipril oral capsule 1.25 mg	1 or 1b*	QL (16 capsules per 1 day)
ramipril oral capsule 10 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
ramipril oral capsule 2.5 mg	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
ramipril oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
trandolapril oral tablet 1 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
trandolapril oral tablet 2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
trandolapril oral tablet 4 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 10 MG (***enalapril maleate***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 2.5 MG (***enalapril maleate***)	3	QL (16 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 20 MG (***enalapril maleate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
VASOTEC ORAL TABLET 5 MG (***enalapril maleate***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 10 MG (***lisinopril***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 2.5 MG (***lisinopril***)	3	QL (32 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 20 MG (***lisinopril***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 30 MG, 40 MG (***lisinopril***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ZESTRIL ORAL TABLET 5 MG (***lisinopril***)	3	QL (16 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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
AZOR ORAL TABLET 10-20 MG, 10-40 MG, 5-40 MG (***amlodipine-olmesartan***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
AZOR ORAL TABLET 5-20 MG (***amlodipine-olmesartan***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
EXFORGE ORAL TABLET 10-160 MG, 10-320 MG, 5-320 MG (***amlodipine besylate-valsartan***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE ORAL TABLET 5-160 MG (***amlodipine besylate-valsartan***)	3	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**		
ATACAND HCT ORAL TABLET 16-12.5 MG (***candesartan cilexetil-hctz***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ATACAND HCT ORAL TABLET 32-12.5 MG, 32-25 MG (***candesartan cilexetil-hctz***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 150-12.5 MG (***irbesartan-hydrochlorothiazide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AVALIDE ORAL TABLET 300-12.5 MG (***irbesartan-hydrochlorothiazide***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR HCT ORAL TABLET 20-12.5 MG (***olmesartan medoxomil-hctz***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BENICAR HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 40-25 MG (***olmesartan medoxomil-hctz***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
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)
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-12.5 MG, 80-12.5 MG (***valsartan-hydrochlorothiazide***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN HCT ORAL TABLET 160-25 MG, 320-12.5 MG, 320-25 MG (***valsartan-hydrochlorothiazide***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EDARBYCLOR ORAL TABLET (***azilsartan-chlorthalidone***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
HYZAAR ORAL TABLET 100-12.5 MG, 100-25 MG (***losartan potassium-hctz***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
HYZAAR ORAL TABLET 50-12.5 MG (***losartan potassium-hctz***)	3	QL (2 tablets 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MICARDIS HCT ORAL TABLET 40-12.5 MG, 80-12.5 MG (***telmisartan-hctz***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
MICARDIS HCT ORAL TABLET 80-25 MG (***telmisartan-hctz***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 40-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
telmisartan-hctz oral tablet 80-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 80-12.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ANGIOTENSIN II RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ATACAND ORAL TABLET 16 MG (***candesartan cilexetil***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
ATACAND ORAL TABLET 32 MG (***candesartan cilexetil***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ATACAND ORAL TABLET 4 MG, 8 MG (***candesartan cilexetil***)	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 150 MG (***irbesartan***)	3	DO
AVAPRO ORAL TABLET 300 MG (***irbesartan***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
BENICAR ORAL TABLET 20 MG, 5 MG (***olmesartan medoxomil***)	3	DO
BENICAR ORAL TABLET 40 MG (***olmesartan medoxomil***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
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
COZAAR ORAL TABLET 100 MG (***losartan potassium***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
COZAAR ORAL TABLET 25 MG (***losartan potassium***)	3	DO
COZAAR ORAL TABLET 50 MG (***losartan potassium***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 160 MG (***valsartan***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 320 MG (***valsartan***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
DIOVAN ORAL TABLET 40 MG, 80 MG (***valsartan***)	3	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)
MICARDIS ORAL TABLET 40 MG (***telmisartan***)	3	DO
MICARDIS ORAL TABLET 80 MG (***telmisartan***)	3	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
EXFORGE HCT ORAL TABLET 10-160-12.5 MG, 10-160-25 MG, 10-320-25 MG, 5-160-25 MG (***amlodipine-valsartan-hctz***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
EXFORGE HCT ORAL TABLET 5-160-12.5 MG (***amlodipine-valsartan-hctz***)	3	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)
TRIBENZOR ORAL TABLET 20-5-12.5 MG (***olmesartan-amlodipine-hctz***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
TRIBENZOR ORAL TABLET 40-10-12.5 MG, 40-10-25 MG, 40-5-12.5 MG, 40-5-25 MG (***olmesartan-amlodipine-hctz***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ANTIADRENERGICS - CENTRALLY ACTING - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
CATAPRES-TTS-1 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***clonidine***)	3	QL (12 patches per 28 days)
CATAPRES-TTS-2 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***clonidine***)	3	QL (12 patches per 28 days)
CATAPRES-TTS-3 TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***clonidine***)	3	QL (0.29 patches per 1 day)
clonidine er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg	1 or 1a*	QL (12 tablets per 1 day)
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*	QL (12 tablets per 1 day)
methyldopa oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
NEXICLON XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***clonidine***)	3	ST; QL (3 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
TEZRULY ORAL SOLUTION (***terazosin hcl***)	3	PA; QL (20 mL 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)
TEKTURNA ORAL TABLET 150 MG (***aliskiren fumarate***)	3	DO
TEKTURNA ORAL TABLET 300 MG (***aliskiren fumarate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE HEART**		
TRYVIO ORAL TABLET (***aprocitentan***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALDOSTERONE RECEPTOR ANTAGONISTS (SARAS) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
eplerenone oral tablet	1 or 1b*	
INSPRA ORAL TABLET (***eplerenone***)	3	
VASODILATORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
hydralazine hcl injection solution	1 or 1b*	
hydralazine hcl oral tablet	1 or 1b*	
minoxidil oral tablet	1 or 1b*	
NIPRIDE RTU INTRAVENOUS SOLUTION (***nitroprusside sodium-nacl***)	3	
nitroprusside sodium intravenous solution	1 or 1b*	
nitroprusside sodium-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
sodium nitroprusside intravenous solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC. - DRUGS FOR INFECTIONS**		
IMPAVIDO ORAL CAPSULE (***miltefosine***)	3	PA; QL (84 capsules per 1 fill)
LIKMEZ ORAL SUSPENSION (***metronidazole***)	3	PA
METRONIDAZOLE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
metronidazole oral capsule	1 or 1a*	
metronidazole oral tablet 125 mg	3	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	1 or 1a*	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (***pentamidine isethionate***)	3	LD
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***pentamidine isethionate***)	3	LD
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted	1 or 1b*	LD
pentamidine isethionate injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD
tinidazole oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (5 tablets per 28 days)
tinidazole oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (20 tablets per 1 fill)
TRIMETHOPRIM ORAL TABLET	1 or 1a*	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG (***rifaximin***)	3	PA; QL (9 tablets per 1 fill)
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG (***rifaximin***)	3	PA; QL (126 tablet per 252 days)
ANTI-INFECTIVE MISC. - COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
BACTRIM DS ORAL TABLET (***sulfamethoxazole-trimethoprim***)	3	
BACTRIM ORAL TABLET (***sulfamethoxazole-trimethoprim***)	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution	1 or 1b*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension	1 or 1a*	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet	1 or 1a*	
sulfatrim pediatric oral suspension	1 or 1a*	
ANTIPROTOZOAL AGENTS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone oral suspension	1 or 1b*	
LAMPIT ORAL TABLET (***nifurtimox***)	3	
MEPRON ORAL SUSPENSION (***atovaquone***)	3	
nitazoxanide oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 fill)
***BETA-LACTAMASE INHIBITOR - COMBINATIONS** - DRUGS FOR INFECTIONS**		
XACDURO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***sulbactam sod-durlobactam sod***)	3	
CARBAPENEM COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
PRIMAXIN IV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***imipenem-cilastatin***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	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	QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl in dextrose intravenous solution 1.5-5 gm/300ml-%	3	QL (600 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 1-5 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 500-5 MG/100ML-%	3	QL (200 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 750-5 MG/150ML-%	3	QL (300 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.9 GM/200ML-%	3	QL (400 mL per 1 day)
VANCOMYCIN HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 500-0.9 MG/100ML-%	3	QL (2 vials per 1 day)
VANCOMYCIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/200ML	3	QL (400 mL per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	QL (240 capsules per 30 days)
vancomycin hcl oral solution reconstituted 25 mg/ml, 50 mg/ml	1 or 1b*	QL (1200 mL per 30 days)
VANCOMYCIN HCL ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG/5ML	1 or 1b*	QL (1200 mL per 30 days)
VIBATIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***telavancin hcl***)	3	
LEPROSTATICS - ANTIBIOTICS**		
dapsone oral tablet	1 or 1b*	
LINCOSAMIDES - ANTIBIOTICS**		
CLEOCIN ORAL CAPSULE (***clindamycin hcl***)	3	
CLEOCIN ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***clindamycin palmitate hcl***)	3	
CLEOCIN PHOSPHATE INJECTION SOLUTION (***clindamycin phosphate***)	3	
clindamycin hcl oral capsule	1 or 1b*	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clindamycin phosphate injection solution	1 or 1b*	
LINCOCIN INJECTION SOLUTION (***lincomycin hcl***)	3	
lincomycin hcl injection solution	1 or 1b*	
MONOBACTAM COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
EMBLAVEO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***aztreonam-avibactam sodium***)	3	
MONOBACTAMS - ANTIBIOTICS**		
AZACTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***aztreonam***)	3	
aztreonam injection solution reconstituted	1 or 1b*	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED (***aztreonam lysine***)	3	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tedizolid phosphate***)	3	
SIVEXTRO ORAL TABLET (***tedizolid phosphate***)	3	PA; QL (6 tablet per 30 days)
ZYVOX INTRAVENOUS SOLUTION (***linezolid***)	3	
ZYVOX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***linezolid***)	3	PA; QL (900 mL per 30 days)
ZYVOX ORAL TABLET (***linezolid***)	3	PA; QL (28 tablet per 30 days)
POLYMYXINS - ANTIBIOTICS**		
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted	1 or 1b*	
COLY-MYCIN M INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***colistimethate sodium***)	3	
polymyxin b sulfate injection solution reconstituted	1 or 1b*	
URINARY ANTI-INFECTIVES - ANTIBIOTICS**		
fosfomycin tromethamine oral packet	1 or 1b*	
HIPREX ORAL TABLET (***methenamine hippurate***)	3	
MACROBID ORAL CAPSULE (***nitrofurantoin monohyd macro***)	3	
MACRODANTIN ORAL CAPSULE (***nitrofurantoin macrocrystal***)	3	
methenamine hippurate oral tablet	1 or 1b*	
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
nitrofurantoin oral suspension 50 mg/5ml	3	
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMALARIAL COMBINATIONS - DRUGS FOR PARASITES**		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet	1 or 1b*	
COARTEM ORAL TABLET (***artemether-lumefantrine***)	3	
MALARONE ORAL TABLET (***atovaquone-proguanil hcl***)	3	
ANTIMALARIALS - DRUGS FOR PARASITES**		
ARAKODA ORAL TABLET (***tafenoquine succinate***)	3	QL (64 tablets per 1 year)
ARTESUNATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
chloroquine phosphate oral tablet	1 or 1a*	
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)
PLAQUENIL ORAL TABLET (***hydroxychloroquine sulfate***)	3	QL (3 tablets per 1 day)
PRIMAQUINE PHOSPHATE ORAL TABLET	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
pyrimethamine oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (3 tablets per 1 day)
quinine sulfate oral capsule	1 or 1b*	PA; QL (60 capsule per 30 days)
SOVUNA ORAL TABLET 200 MG (***hydroxychloroquine sulfate***)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
SOVUNA ORAL TABLET 300 MG (***hydroxychloroquine sulfate***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
***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***)	3	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	
neostigmine methylsulfate rfid intravenous solution	3	
neostigmine methylsulfate rfid intravenous solution prefilled syringe	3	
pyridostigmine bromide er oral tablet extended release	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral solution	1 or 1b*	
pyridostigmine bromide oral tablet	1 or 1b*	
REGONOL INTRAVENOUS SOLUTION (***pyridostigmine bromide***)	3	
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS - ANTIBIOTICS**		
cycloserine oral capsule	1 or 1b*	
ethambutol hcl oral tablet	1 or 1b*	
isoniazid injection solution	1 or 1a*	
isoniazid oral syrup	1 or 1a*	
isoniazid oral tablet	1 or 1a*	
PRETOMANID ORAL TABLET	3	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
GRAFAPEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***treosulfan***)	3	PA
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
tepylute intravenous solution	3	
thiotepa injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***bendamustine hcl***)	3	PA; LD; SP
vivimusta intravenous solution	3	PA; LD; SP
ZEPZELCA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***lurbinectedin***)	3	PA; LD; SP
ANDROGEN BIOSYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
abiraterone acetate oral tablet 500 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
abiraterone acetate (Abirtega Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
YONSA ORAL TABLET (***abiraterone acetate micronized***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG (***abiraterone acetate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG (***abiraterone acetate***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
NILANDRON ORAL TABLET (***nilutamide***)	3; OC	LD; QL (1 tablet per 1 day); 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; 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; OC
ANTIMETABOLITES - DRUGS FOR CANCER**		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pemetrexed disodium***)	3	PA; LD; SP
ARRANON INTRAVENOUS SOLUTION (***nelarabine***)	3	LD; SP
AXTLE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pemetrexed dipotassium***)	3	PA
azacitidine injection suspension reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
capecitabine oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
cladribine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
clofarabine intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine (pf) injection solution	1 or 1b*	LD; SP
cytarabine injection solution	1 or 1b*	LD; SP
decitabine intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
floxuridine injection solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
fludarabine phosphate intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 suspension	1 or 1b*; 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 1 gm/40ml	3	LD; SP
pemetrexed disodium intravenous solution 100 mg/4ml, 500 mg/20ml	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	LD; SP
XATMEP ORAL SOLUTION (***methotrexate***)	3; OC	PA; LD; OC
XELODA ORAL TABLET (***capecitabine***)	3; OC	PA; LD; SP; OC
ANTINEOPLASTIC - AKT INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
TRUQAP ORAL TABLET (***capivasertib***)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK (***capivasertib***)	3; OC	PA; LD; QL (64 capsules per 28 days); OC
ANTINEOPLASTIC - ALK INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALECENSA ORAL CAPSULE (***alectinib hcl***)	2; OC	PA; LD; QL (8 capsule per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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-C-MET ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
EMRELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***telisotuzumab vedotin-tllv***)	3	PA
ANTINEOPLASTIC - ANTI-CTLA-4 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
IMJUDO INTRAVENOUS SOLUTION (***tremelimumab-actl***)	3	PA; LD; SP
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION (***ipilimumab***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-GD2 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
DANYELZA INTRAVENOUS SOLUTION (***naxitamab-gqgk***)	3	PA; LD
UNITUXIN INTRAVENOUS SOLUTION (***dinutuximab***)	3	LD
ANTINEOPLASTIC - ANTI-HER2 AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab***)	3	LD; SP
HERCESSI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***trastuzumab-strf***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-NECTIN-4 ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
PADCEV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***enfortumab vedotin-ejfv***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
JEMPERLI INTRAVENOUS SOLUTION (***dostarlimab-gxly***)	3	PA; LD; SP
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION (***pembrolizumab***)	3	PA; LD; SP
LIBTAYO INTRAVENOUS SOLUTION (***cemiplimab-rwlc***)	3	PA; LD
LOQTORZI INTRAVENOUS SOLUTION (***toripalimab-tpzi***)	3	PA; LD; SP
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION (***nivolumab***)	3	PA; LD; SP
TEVIMBRA INTRAVENOUS SOLUTION (***tislelizumab-jsgr***)	3	PA; LD
ZYNYZ INTRAVENOUS SOLUTION (***retifanlimab-dlwr***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-PD-L1 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION (***avelumab***)	3	PA; LD
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION (***durvalumab***)	3	PA; LD; SP
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION (***atezolizumab***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-SLAMF7 ANTIBODIES - DRUGS FOR CANCER**		
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***elotuzumab***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC - ANTI-TF ANTIBODY-DRUG COMPLEX - DRUGS FOR CANCER**		
TIVDAK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tisotumab vedotin-tftv***)	3	PA; LD; SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 (6 tablets 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
DANZITEN ORAL TABLET (***nilotinib tartrate***)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
dasatinib oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
GLEEVEC ORAL TABLET (***imatinib mesylate***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG (***ponatinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG (***ponatinib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
imatinib mesylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
imkeldi oral solution	3; OC	PA; QL (10 mL per 1 day); OC
nilotinib hcl oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP; OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG (***asciminib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); OC
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG (***asciminib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
SPRYCEL ORAL TABLET (***dasatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
TASIGNA ORAL CAPSULE (***nilotinib hcl***)	3; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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
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
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG (***pirtobrutinib***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG (***pirtobrutinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - CSF1R KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ROMVIMZA ORAL CAPSULE (***vimseltinib***)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 Straight PA no ST embeddeds); 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
TARCEVA ORAL TABLET (***erlotinib hcl***)	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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***futibatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (5 tablets per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG (***pemigatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
PEMAZYRE ORAL TABLET 4.5 MG, 9 MG (***pemigatinib***)	3; OC	PA; LD; QL (14 tablets per 21 days); OC
ANTINEOPLASTIC - GAMMA SECRETASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG (***nirogacestat hydrobromide***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG (***nirogacestat hydrobromide***)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - HEDGEHOG PATHWAY INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG (***glasdegib maleate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG (***glasdegib maleate***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ERIVEDGE ORAL CAPSULE (***vismodegib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ODOMZO ORAL CAPSULE (***sonidegib phosphate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ANTINEOPLASTIC - HIF-2-ALPHA INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
WELIREG ORAL TABLET (***belzutifan***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
ANTINEOPLASTIC - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***belinostat***)	3	PA; LD; SP
ISTODAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***romidepsin***)	3	PA; LD; SP
romidepsin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
ZOLINZA ORAL CAPSULE (***vorinostat***)	2; OC	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day); SP; OC
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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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); SP; 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
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG (***mirdametinib***)	3; OC	QL (8 capsules per 1 day); OC
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG (***mirdametinib***)	3; OC	QL (4 capsules per 1 day); OC
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE (***mirdametinib***)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); 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 - MENIN INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG (***revumenib citrate***)	3; OC	PA; QL (4 tablets per 1 day); OC
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG (***revumenib citrate***)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); OC
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG (***revumenib citrate***)	3; OC	PA; QL (8 tablets per 1 day); 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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC - MTOR KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE (***everolimus***)	3; OC	PA; LD; SP; OC
AFINITOR ORAL TABLET (***everolimus***)	3; OC	PA; LD; SP; OC
everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
everolimus oral tablet soluble	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
FYARRO INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***sirolimus protein-bound part***)	3	PA; LD
temsirolimus intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
TORISEL INTRAVENOUS SOLUTION (***temsirolimus***)	3	PA; LD; SP
everolimus (Torpenz Oral Tablet)	1 or 1b*; OC	PA; LD; SP; OC
ANTINEOPLASTIC - MULTIKINASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CABOMETYX ORAL TABLET (***cabozantinib s-malate***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG (***vandetanib***)	2; OC	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day); OC
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG (***vandetanib***)	2; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (***cabozantinib s-malate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose-pack per 56 days); SP; OC
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (***cabozantinib s-malate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT (***cabozantinib s-malate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 dose pack per 28 days); SP; OC
FOTIVDA ORAL CAPSULE (***tivozanib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (21 capsules per 28 days); OC
lapatinib ditosylate oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
NERLYNX ORAL TABLET (***neratinib maleate***)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day); SP; OC
NEXAVAR ORAL TABLET (***sorafenib tosylate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
pazopanib hcl oral tablet	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; OC
QINLOCK ORAL TABLET (***ripretinib***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
TYKERB ORAL TABLET (***lapatinib ditosylate***)	3; OC	PA; LD; QL (6 tablet per 1 day); SP; OC
VANFLYTA ORAL TABLET (***quizartinib dihydrochloride***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); OC
VOTRIENT ORAL TABLET (***pazopanib hcl***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP; 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**		
BIZENGRI (750 MG DOSE) INTRAVENOUS SOLUTION THERAPY PACK (***zenocutuzumab-zbco***)	3	PA; QL (4 vials per 28 days)
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	LD; SP
bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg	1 or 1b*	LD; SP
BORUZU INJECTION SOLUTION (***bortezomib***)	3	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	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); 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
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 10 MG (***selinexor***)	3; OC	PA; QL (1 carton per 28 days); OC
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG (***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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
IDAMYCIN PFS INTRAVENOUS SOLUTION (***idarubicin hcl***)	3	LD; SP
idarubicin hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
JELMYTO SOLUTION RECONSTITUTED (***mitomycin***)	3	PA; LD
mitomycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
mitomycin intravesical solution prefilled syringe	3	LD
mitoxantrone hcl intravenous concentrate	1 or 1b*	LD; SP
mutamycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
valrubicin intravesical solution	1 or 1b*	LD; SP
VALSTAR INTRAVESICAL SOLUTION (***valrubicin***)	3	LD; SP
ANTINEOPLASTIC -ANTIBODY FOR RADIOPHARMACEUTICAL THERAPY - DRUGS FOR CANCER**		
ZEVALIN Y-90 INTRAVENOUS KIT (***ibritumomab tiuxetan for y-90***)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTIC ANTIBODY-DRUG COMPLEXES - DRUGS FOR CANCER**		
ELAHERE INTRAVENOUS SOLUTION (***mirvetuximab soravtansine-gynx***)	3	PA; LD
ENHERTU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fam-trastuzumab deruxtec-nxki***)	3	PA; LD; SP
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ado-trastuzumab emtansine***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR CANCER**		
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK (***avutometinib-defactinib***)	3; OC	PA; QL (1 pack per 28 days); OC
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
OPDIVO QVANTIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (***nivolumab-hyaluronidase-nvhy***)	3	PA; SP
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (***asparaginase erwinia chrysanthemi (rylaze)***)	3	PA; LD; SP
ANTINEOPLASTIC RADIOPHARMACEUTICALS - DRUGS FOR CANCER**		
LUTATHERA INTRAVENOUS SOLUTION (***lutetium lu 177 dotatate***)	3	PA; LD
PLUVICTO INTRAVENOUS SOLUTION (***lutetium lu 177 vipivotide tet***)	3	PA; LD
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
XOFIGO INTRAVENOUS SOLUTION (***radium ra 223 dichloride***)	3	PA; LD
ANTINEOPLASTICS - INTERLEUKINS & AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
ANKTIVA INTRAVESICAL SOLUTION (***nogapendekin alfa inbakic-pmln***)	3	PA; LD
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***)	3	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***)	3	LD; SP
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION (***arsenic trioxide***)	3	LD; SP
AROMATASE INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
anastrozole oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; OC
ARIMIDEX ORAL TABLET (***anastrozole***)	3; OC	LD; OC
AROMASIN ORAL TABLET (***exemestane***)	3; OC	LD; OC
exemestane oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; OC
FEMARA ORAL TABLET (***letrozole***)	3; OC	LD; OC
letrozole oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***glucarpidase***)	3	LD
CARDIAC PROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
dexrazoxane intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***rasburicase***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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
OJJAARA ORAL TABLET (***momelotinib dihydrochloride***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 30 MG (***leuprolide acetate (4 month)***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 112 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 45 MG (***leuprolide acetate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 7.5 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days)
leuprolide acetate injection kit	1 or 1b*	PA; LD
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 84 days)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (4 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 112 days)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 syringe kit per 168 days)
LUTRATE DEPOT INTRAMUSCULAR INJECTABLE (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 injection per 12 weeks)
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 84 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 22.5 MG (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 168 days); SP
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 3.75 MG (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 10.8 MG (***goserelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 EA per 84 days); SP
ZOLADEX SUBCUTANEOUS IMPLANT 3.6 MG (***goserelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 28 days); SP
MITOTIC INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***paclitaxel protein-bound part***)	3	PA; LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS CONCENTRATE	3	LD; SP
DOCETAXEL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION (***docetaxel***)	3	LD; SP
eribulin mesylate intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
ETOPOPHOS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***etoposide phosphate***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML (***cyclophosphamide***)	3	LD; SP
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 500 MG/ML (***cyclophosphamide***)	3	LD
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
ivra intravenous solution	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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**		
COPIKTRA ORAL CAPSULE (***duvelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG (***inavolisib***)	3; OC	PA; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG (***inavolisib***)	3; OC	PA; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***alpelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP; OC
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***alpelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK (***alpelisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
ZYDELIG ORAL TABLET (***idelalisib***)	3; OC	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP; OC
POLY (ADP-RIBOSE) POLYMERASE (PARP) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
LYNPARZA ORAL TABLET (***olaparib***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
RUBRACA ORAL TABLET (***rucaparib camsylate***)	3; OC	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP; OC
TALZENNA ORAL CAPSULE (***talazoparib tosylate***)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ZEJULA ORAL TABLET (***niraparib tosylate***)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
TARGRETIN ORAL CAPSULE (***bexarotene***)	3; 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**		
DATROWAY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***datopotamab deruxtecan-dlnk***)	3	PA; SP
TRODELVY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***sacituzumab govitecan-hziy***)	3	PA; LD
TOPOISOMERASE I INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
CAMPTOSAR INTRAVENOUS SOLUTION (***irinotecan hcl***)	3	LD; SP
HYCAMTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***topotecan hcl***)	3	LD; SP
HYCAMTIN ORAL CAPSULE (***topotecan hcl***)	2; OC	PA; LD; SP; OC
irinotecan hcl intravenous solution	1 or 1b*	LD; SP
ONIVYDE INTRAVENOUS INJECTABLE (***irinotecan hcl liposome***)	3	LD; SP
TOPOTECAN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
topotecan hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
URINARY TRACT PROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
mesna intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD
mesna oral tablet	1 or 1b*	PA; LD
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (***mesna***)	3	PA; LD
MESNEX ORAL TABLET (***mesna***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VASCULAR ENDOTHELIAL GROWTH FACTOR (VEGF) INHIBITORS - DRUGS FOR CANCER**		
ALYMSYS INTRAVENOUS SOLUTION (***bevacizumab-maly***)	3	PA; LD; SP
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
VEGZELMA INTRAVENOUS SOLUTION (***bevacizumab-adcd***)	3	PA; LD; SP
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION (***ziv-aflibercept***)	3	PA; LD; SP
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION (***bevacizumab-bvzr***)	3	PA; LD; SP
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ADENOSINE RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR PARKINSON**		
NOURIANZ ORAL TABLET (***istradefylline***)	3	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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	PA; LD; QL (5 kits per 30 days)
PARLODEL ORAL CAPSULE (***bromocriptine mesylate***)	3	
PARLODEL ORAL TABLET (***bromocriptine mesylate***)	3	
ANTIPARKINSON MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
AZILECT ORAL TABLET 0.5 MG (***rasagiline mesylate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
AZILECT ORAL TABLET 1 MG (***rasagiline mesylate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
rasagiline mesylate oral tablet 1 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
selegiline hcl oral capsule	1 or 1b*	
selegiline hcl oral tablet	1 or 1b*	
XADAGO ORAL TABLET 100 MG (***safinamide mesylate***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
XADAGO ORAL TABLET 50 MG (***safinamide mesylate***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ZELAPAR ORAL TABLET DISPERSIBLE (***selegiline hcl***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
CENTRAL/PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
TASMAR ORAL TABLET (***tolcapone***)	3	PA; QL (6 tablet per 1 day)
tolcapone oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (6 tablet per 1 day)
DECARBOXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa oral tablet	1 or 1b*	
LODOSYN ORAL TABLET (***carbidopa***)	3	
LEVODOPA COMBINATIONS - DRUGS FOR PARKINSON**		
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible	1 or 1b*	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 35-140 MG (***carbidopa-levodopa***)	3	ST; QL (15 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 52.5-210 MG (***carbidopa-levodopa***)	3	ST; QL (10 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 70-280 MG (***carbidopa-levodopa***)	3	ST; QL (7 capsules per 1 day)
CREXONT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 87.5-350 MG (***carbidopa-levodopa***)	3	ST; QL (6 capsules per 1 day)
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	
VYALEV SUBCUTANEOUS SOLUTION (***foscarbidopa-foslevodopa***)	3	PA; QL (6 cartons per 28 days); SP
NONERGOLINE DOPAMINE RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR PARKINSON**		
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***apomorphine hcl***)	3	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 mL per 1 day); SP
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (***rotigotine***)	3	QL (1 patch per 1 day)
ONAPGO SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***apomorphine hcl***)	3	PA; QL (20 mL per 1 day); SP
pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
pramipexole dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	
ropinirole hcl oral tablet	1 or 1b*	
PERIPHERAL COMT INHIBITORS - DRUGS FOR PARKINSON**		
entacapone oral tablet	1 or 1b*	QL (8 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 25 MG (***opicapone***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ONGENTYS ORAL CAPSULE 50 MG (***opicapone***)	3	PA; QL (6 tablets per 1 day)
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
ANTIMANIC AGENTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
lithium carbonate oral capsule 150 mg	1 or 1a*	QL (12 capsules per 1 day)
lithium carbonate oral capsule 300 mg	1 or 1a*	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lithium carbonate oral capsule 600 mg	1 or 1a*	QL (3 capsules per 1 day)
lithium carbonate oral tablet	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
lithium oral solution	1 or 1b*	
LITHOBID ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***lithium carbonate***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
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)
GEODON ORAL CAPSULE 20 MG, 40 MG (***ziprasidone hcl***)	3	ST; DO
GEODON ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (***ziprasidone hcl***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG (***lurasidone hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LATUDA ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG (***lurasidone hcl***)	3	ST; DO
LATUDA ORAL TABLET 80 MG (***lurasidone hcl***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
lurasidone hcl oral tablet 20 mg, 40 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO; AL
lurasidone hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
NUPLAZID ORAL CAPSULE (***pimavanserin tartrate***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
NUPLAZID ORAL TABLET (***pimavanserin tartrate***)	3	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**		
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (1 syringe per 28 days)
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML (***paliperidone palmitate***)	3	AL; QL (1 kit per 180 days)
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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3 MG (***paliperidone***)	3	ST; DO
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG (***paliperidone***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
INVEGA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 9 MG (***paliperidone***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***risperidone***)	3	AL; QL (1 syringe per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG (***risperidone microspheres***)	3	AL; QL (2 injections per 1 day)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG (***risperidone microspheres***)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
RISPERDAL ORAL SOLUTION (***risperidone***)	3	ST; QL (8 mL per 1 day)
RISPERDAL ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 2 MG (***risperidone***)	3	ST; DO
RISPERDAL ORAL TABLET 3 MG, 4 MG (***risperidone***)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
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)
RYKINDO INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***risperidone***)	3	AL; QL (2 injections per 28 days)
UZEDY SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***risperidone***)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BUTYROPHENONES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
HALDOL DECANOATE INTRAMUSCULAR SOLUTION (***haloperidol decanoate***)	3	AL; QL (5 injections 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)
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)
CLOZARIL ORAL TABLET 100 MG (***clozapine***)	3	AL; QL (9 tablets per 1 day)
CLOZARIL ORAL TABLET 25 MG (***clozapine***)	3	DO; AL
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
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG (***asenapine maleate***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG (***asenapine maleate***)	3	ST; DO
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SEROQUEL ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG (***quetiapine fumarate***)	3	ST; DO
SEROQUEL ORAL TABLET 300 MG, 400 MG (***quetiapine fumarate***)	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG, 200 MG (***quetiapine fumarate***)	3	ST; DO
SEROQUEL XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 400 MG, 50 MG (***quetiapine fumarate***)	3	ST; 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)
MUSCARINIC AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
COBENFY ORAL CAPSULE (***xanomeline-trospium chloride***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***xanomeline-trospium chloride***)	3	ST; QL (1 pack per 6 months)
PHENOTHIAZINES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
chlorpromazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 100 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
CHLORPROMAZINE HCL ORAL CONCENTRATE 30 MG/ML	1 or 1b*	AL; QL (26 mL per 1 day)
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
chlorpromazine hcl oral tablet 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
compro rectal suppository	1 or 1b*	AL
fluphenazine decanoate injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl injection solution	1 or 1b*	AL
fluphenazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral elixir	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
fluphenazine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 16 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
perphenazine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
perphenazine oral tablet 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (***aripiprazole***)	3	AL; QL (1 injection per 56 days)
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)
ABILIFY ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2 MG, 5 MG (***aripiprazole***)	3	ST; DO
ABILIFY ORAL TABLET 20 MG, 30 MG (***aripiprazole***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
aripiprazole oral solution	1 or 1b*	AL; QL (30 mL per 1 day)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
aripiprazole oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1b*	AL; QL (2 tablets per 1 day)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (***aripiprazole lauroxil***)	3	AL; QL (1 syringe per 1 fill)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML (***aripiprazole lauroxil***)	3	AL; QL (1 kit per 60 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML (***aripiprazole lauroxil***)	3	AL; QL (1 kit per 30 days)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG, 5 MG (***aripiprazole***)	3	ST; QL (3 films per 1 day)
OPIPZA ORAL FILM 2 MG (***aripiprazole***)	3	ST; DO
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***olanzapine***)	3	AL; QL (3 injections per 1 fill)
ZYPREXA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (***olanzapine***)	3	ST; DO
ZYPREXA ORAL TABLET 20 MG (***olanzapine***)	3	ST; QL (1 tablets per 1 day)
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)
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)
COMPLERA ORAL TABLET (***emtricitab-rilpivir-tenofovir***)	3	PA; 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
emtricitab-rilpivir-tenofov df oral tablet	3	PA; 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 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)
PREZCOBIX ORAL TABLET (***darunavir-cobicistat***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
STRIBILD ORAL TABLET (***elviteg-cobic-emtricit-tenofdf***)	2	LD; QL (1 tablet per 1 day)
SYMFI ORAL TABLET (***efavirenz-lamivudine-tenofovir***)	3	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)
TRUVADA ORAL TABLET (***emtricitabine-tenofovir df***)	3	ST; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS - CAPSID INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
SUNLENCA ORAL TABLET (***lenacapavir sodium***)	3	PA; QL (4 tablets per 28 days)
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK (***lenacapavir sodium***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill)
SUNLENCA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lenacapavir sodium***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weeks)
ANTIRETROVIRALS - CCR5 ANTAGONISTS (ENTRY INHIBITOR) - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
maraviroc oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (4 tablets per 1 day)
SELZENTRY ORAL SOLUTION (***maraviroc***)	3	LD; QL (62 mL per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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; $0	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 600 MG (***darunavir***)	3	LD; QL (2 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG (***darunavir***)	2	LD; QL (10 tablets per 1 day)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG (***darunavir***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIRETROVIRALS - RTI-NON-NUCLEOSIDE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EDURANT ORAL TABLET (***rilpivirine hcl***)	2	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE (***rilpivirine hcl***)	3	PA; QL (6 tablets 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)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
VIREAD ORAL TABLET 300 MG (***tenofovir disoproxil fumarate***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIRETROVIRALS ADJUVANTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
TYBOST ORAL TABLET (***cobicistat***)	3	LD; QL (1 tablet per 1 day)
ANTIVIRAL COMBINATIONS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (***nirmatrelvir-ritonavir***)	2	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK (***nirmatrelvir-ritonavir***)	2	QL (1 pack per 90 days)
PAXLOVID ORAL TABLET THERAPY PACK (***nirmatrelvir-ritonavir***)	2	QL (1 pack per 90 days)
CMV AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
cidofovir intravenous solution	1 or 1b*	LD
foscarnet sodium intravenous solution	1 or 1b*	LD
FOSCAVIR INTRAVENOUS SOLUTION (***foscarnet sodium***)	3	LD
GANCICLOVIR SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION	3	LD; SP
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
LIVTENCITY ORAL TABLET (***maribavir***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION (***letermovir***)	3	PA; LD; QL (200 vials per 1 year); SP
PREVYMIS ORAL PACKET (***letermovir***)	3	PA; QL (810 packets per 1 year)
PREVYMIS ORAL TABLET (***letermovir***)	3	PA; LD; QL (224 tablets per 1 year); SP
VALCYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***valganciclovir hcl***)	3	LD
VALCYTE ORAL TABLET (***valganciclovir hcl***)	3	LD
valganciclovir hcl oral solution reconstituted	1 or 1b*	LD
valganciclovir hcl oral tablet	1 or 1b*	LD
HEPATITIS B AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
adefovir dipivoxil oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
BARACLUDE ORAL SOLUTION (***entecavir***)	2	PA; LD; QL (20 mL per 1 day)
BARACLUDE ORAL TABLET (***entecavir***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
entecavir oral tablet	1 or 1b*	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***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEPATITIS C AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL PACKET 200-50 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
EPCLUSA ORAL TABLET 400-100 MG (***sofosbuvir-velpatasvir***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
HARVONI ORAL PACKET 45-200 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG (***ledipasvir-sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR ORAL TABLET	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAVYRET ORAL PACKET (***glecaprevir-pibrentasvir***)	3	PA; LD; QL (5 packets per 1 day); SP
MAVYRET ORAL TABLET (***glecaprevir-pibrentasvir***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR ORAL TABLET	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VOSEVI ORAL TABLET (***sofosbuv-velpatasv-voxilaprev***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
ZEPATIER ORAL TABLET (***elbasvir-grazoprevir***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
HEPATITIS C AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION (***peginterferon alfa-2a***)	3	LD; QL (4 vials per 28 days); SP
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon alfa-2a***)	3	LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ribavirin oral capsule	1 or 1b*	LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
ribavirin oral tablet	1 or 1b*	LD; QL (6 tablets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL PACKET 150 MG (***sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
SOVALDI ORAL PACKET 200 MG (***sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL TABLET 200 MG (***sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG (***sofosbuvir***)	3	PA; LD; QL (1 tablet 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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
acyclovir sodium intravenous solution	1 or 1b*	
SITAVIG BUCCAL TABLET (***acyclovir***)	3	PA; QL (1 tablet per 30 days)
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)
VALTREX ORAL TABLET 1 GM (***valacyclovir hcl***)	3	QL (30 tablets per 1 fill)
VALTREX ORAL TABLET 500 MG (***valacyclovir hcl***)	3	QL (60 tablets per 30 days)
HERPES AGENTS - THYMIDINE ANALOGUES - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 fill)
famciclovir oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (21 tablets per 1 fill)
INFLUENZA AGENTS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
rimantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	
MISC. ANTIVIRALS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
LAGEVRIO ORAL CAPSULE (***molnupiravir***)	3	QL (40 capsules per 90 days)
TEMBEXA ORAL SUSPENSION (***brincidofovir***)	3	
TEMBEXA ORAL TABLET (***brincidofovir***)	3	
TPOXX INTRAVENOUS SOLUTION (***tecovirimat***)	3	
TPOXX ORAL CAPSULE (***tecovirimat***)	3	
NEURAMINIDASE INHIBITORS - DRUGS FOR VIRAL INFECTIONS**		
oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (20 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg	1 or 1b*	QL (10 capsule per 90 days)
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	QL (20 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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART**		
ALPHA-BETA BLOCKERS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
carvedilol oral tablet 12.5 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
carvedilol oral tablet 25 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carvedilol oral tablet 3.125 mg	1 or 1b*	QL (32 tablets per 1 day)
carvedilol oral tablet 6.25 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	QL (8 capsules per 1 day)
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)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10 MG (***carvedilol phosphate***)	3	QL (8 capsules per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG (***carvedilol phosphate***)	3	QL (4 capsules per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 40 MG (***carvedilol phosphate***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
COREG CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG (***carvedilol phosphate***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
COREG ORAL TABLET 12.5 MG (***carvedilol***)	3	QL (8 tablets per 1 day)
COREG ORAL TABLET 25 MG (***carvedilol***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
COREG ORAL TABLET 3.125 MG (***carvedilol***)	3	QL (32 tablets per 1 day)
COREG ORAL TABLET 6.25 MG (***carvedilol***)	3	QL (16 tablets per 1 day)
labetalol hcl intravenous solution prefilled syringe 10 mg/2ml	3	
labetalol hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	QL (24 tablets per 1 day)
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)
labetalol hcl oral tablet 400 mg	1 or 1b*	QL (6 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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (***esmolol hcl-sodium chloride***)	3	
BYSTOLIC ORAL TABLET (***nebivolol hcl***)	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	
LOPRESSOR ORAL TABLET (***metoprolol tartrate***)	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*	
RAPIBLYK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***landiolol hcl***)	3	
TENORMIN ORAL TABLET (***atenolol***)	3	
TOPROL XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***metoprolol succinate***)	3	
BETA BLOCKERS NON-SELECTIVE - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
BETAPACE AF ORAL TABLET 120 MG, 80 MG (***sotalol hcl af***)	3	QL (3 tablet per 1 day)
BETAPACE AF ORAL TABLET 160 MG (***sotalol hcl af***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
BETAPACE ORAL TABLET 120 MG, 80 MG (***sotalol hcl***)	3	QL (3 tablets per 1 day)
BETAPACE ORAL TABLET 160 MG (***sotalol hcl***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
HEMANGEOL ORAL SOLUTION (***propranolol hcl***)	3	
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (***propranolol hcl***)	3	QL (5 capsules per 1 day)
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 160 MG (***propranolol hcl***)	3	QL (4 capsules per 1 day)
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (***propranolol hcl***)	3	QL (10 capsules per 1 day)
INDERAL LA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 80 MG (***propranolol hcl***)	3	QL (8 capsules per 1 day)
INDERAL XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***propranolol hcl sr beads***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
INNOPRAN XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***propranolol hcl sr beads***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
nadolol oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
nadolol oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
nadolol oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
pindolol oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
pindolol oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 1 day)
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 160 mg	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 60 mg	1 or 1b*	QL (10 capsules per 1 day)
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 80 mg	1 or 1b*	QL (8 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	1 or 1b*	QL (64 tablets per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 20 mg	1 or 1b*	QL (32 tablets per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 40 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 60 mg	1 or 1b*	QL (10 tablets per 1 day)
propranolol hcl oral tablet 80 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 80 mg	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
sotalol hcl (af) oral tablet 160 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
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*	QL (12 tablets per 1 day)
***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 CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (***diltiazem hcl coated beads***)	3	DO
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (***diltiazem hcl coated beads***)	3	QL (3 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (***diltiazem hcl coated beads***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
CARDIZEM CD ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG (***diltiazem hcl coated beads***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (***diltiazem hcl***)	3	DO

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (***diltiazem hcl***)	3	QL (3 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (***diltiazem hcl***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
CARDIZEM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (***diltiazem hcl***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 120 MG (***diltiazem hcl***)	3	QL (3 tablet per 1 day)
CARDIZEM ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (***diltiazem hcl***)	3	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
CLEVIPREX INTRAVENOUS EMULSION (***clevidipine***)	3	
CONJUPRI ORAL TABLET 2.5 MG (***levamlodipine maleate***)	3	ST; DO
CONJUPRI ORAL TABLET 5 MG (***levamlodipine maleate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 60 mg	1 or 1b*	DO
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
diltiazem hcl-sodium chloride intravenous solution 100-0.72 mg/100ml-%	3	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 2.5 mg	1 or 1b*	DO
isradipine oral capsule 5 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
KATERZIA ORAL SUSPENSION (***amlodipine benzoate***)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
levamlodipine maleate oral tablet 2.5 mg	1 or 1b*	ST; DO
levamlodipine maleate oral tablet 5 mg	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
matzim la oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
NICARDIPINE HCL IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
nicardipine hcl intravenous solution	3	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg	1 or 1b*	QL (6 capsule per 1 day)
nicardipine hcl oral capsule 30 mg	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 60 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg	1 or 1b*	DO
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
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)
nimodipine oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL 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)
NORVASC ORAL TABLET 10 MG (***amlodipine besylate***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
NORVASC ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG (***amlodipine besylate***)	3	DO
NYMALIZE ORAL SOLUTION (***nimodipine***)	3	QL (60 mL per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG (***nifedipine***)	3	DO

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG (***nifedipine***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
PROCARDIA XL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 90 MG (***nifedipine***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 17 MG, 8.5 MG (***nisoldipine***)	3	DO
SULAR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 34 MG (***nisoldipine***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
tiadylt er oral capsule extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	DO
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	QL (3 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 240 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
TIAZAC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 300 MG, 360 MG, 420 MG (***diltiazem hcl er beads***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg	3	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg	1 or 1b*	DO
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 200 mg, 300 mg, 360 mg	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg	1 or 1b*	DO
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)
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART**		
CARDIAC GLYCOSIDES - DRUGS FOR THE HEART**		
digoxin injection solution	1 or 1b*	
digoxin oral solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
digoxin oral tablet 125 mcg, 62.5 mcg	1 or 1b*	DO

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
digoxin oral tablet 250 mcg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN INJECTION SOLUTION (***digoxin***)	3	
LANOXIN ORAL TABLET 125 MCG, 62.5 MCG (***digoxin***)	3	DO
LANOXIN ORAL TABLET 250 MCG (***digoxin***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
LANOXIN PEDIATRIC INJECTION SOLUTION (***digoxin***)	2	
INOTROPES - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
dobutamine hcl intravenous solution	1 or 1b*	
DOBUTAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
DOPAMINE-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
milrinone lactate in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	
milrinone lactate intravenous solution	1 or 1b*	
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART**		
CALCIUM CHANNEL BLOCKER & HMG COA REDUCTASE INHIBIT COMB - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-80 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	1 or 1b*	DO
CADUET ORAL TABLET 10-10 MG, 10-20 MG, 10-40 MG, 10-80 MG, 5-80 MG (***amlodipine-atorvastatin***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
CADUET ORAL TABLET 5-10 MG, 5-20 MG, 5-40 MG (***amlodipine-atorvastatin***)	3	DO
CARDIAC MYOSIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
CAMZYOS ORAL CAPSULE (***mavacamten***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
CARDIOVASCULAR ANTI-INFLAMMATORY/IMMUNE MODULATORS - DRUGS FOR THE HEART**		
LODOCO ORAL TABLET (***colchicine***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***CARDIOVASCULAR SGLT2 INHIBITORS** - DRUGS FOR THE HEART**		
INPEFA ORAL TABLET (***sotagliflozin***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PDE INHIBITOR-ENDOTHELIN RECPTOR ANTAGONIST COMBINATIONS - DRUGS FOR CHOLESTEROL**		
OPSYNVI ORAL TABLET (***macitentan-tadalafil***)	3	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**		
alprostadil injection solution	1 or 1b*	
AURLUMYN INTRAVENOUS SOLUTION (***iloprost***)	3	
epoprostenol sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; SP
FLOLAN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***epoprostenol sodium***)	3	PA; LD; SP
ORENITRAM MONTH 1 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 2 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM MONTH 3 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 28 days); SP
ORENITRAM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***treprostinil diolamine***)	3	PA; LD; SP
PROSTIN VR INJECTION SOLUTION (***alprostadil***)	3	
REMODULIN INJECTION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; SP
treprostinil injection solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 lifetime); SP
TYVASO INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO REFILL KIT INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
TYVASO STARTER KIT INHALATION SOLUTION (***treprostinil***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
VELETRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***epoprostenol sodium***)	3	PA; LD; SP
VENTAVIS INHALATION SOLUTION (***iloprost***)	3	PA; LD; QL (9 mL per 1 day); SP
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 106 MCG, 79.5 MCG (***treprostinil sodium***)	3	PA; QL (10 capsules per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 26.5 MCG, 53 MCG (***treprostinil sodium***)	3	PA; QL (5 capsules per 1 day)
PULM HYPERTEN-SOLUBLE GUANYLATE CYCLASE STIMULATOR (SGC) - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ADEMPAS ORAL TABLET (***riociguat***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ACTIVIN SIGNALING INHIBITOR - DRUGS FOR THE HEART**		
WINREVAIR SUBCUTANEOUS KIT (***sotatercept-csrk***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 21 days); SP
PULMONARY HYPERTENSION - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ambrisentan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
bosentan oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
LETAIRIS ORAL TABLET (***ambrisentan***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
OPSUMIT ORAL TABLET (***macitentan***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET (***bosentan***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TRACLEER ORAL TABLET SOLUBLE (***bosentan***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PHOSPHODIESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
ADCIRCA ORAL TABLET (***tadalafil (pah)***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
alyq oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
REVATIO INTRAVENOUS SOLUTION (***sildenafil citrate***)	3	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
REVATIO ORAL TABLET (***sildenafil citrate***)	3	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
sildenafil citrate intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 vial per 1 day); SP
sildenafil citrate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	PA; LD; QL (24 mL per 1 day); SP
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (12 tablets per 1 day); SP
tadalafil (pah) oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
TADLIQ ORAL SUSPENSION (***tadalafil (pah)***)	3	PA; LD; QL (10 ml per 1 day); SP
PULMONARY HYPERTENSION - PROSTACYCLIN RECEPTOR AGONIST - DRUGS FOR HIGH BLOOD PRESSURE**		
UPTRAVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***selexipag***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 day)
UPTRAVI ORAL TABLET (***selexipag***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK (***selexipag***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 1 one-time fill); SP
SELECTIVE CGMP PHOSPHODIESTERASE TYPE 5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE HEART**		
avanafil oral tablet	3	PA
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG (***tadalafil***)	3	PA
CIALIS ORAL TABLET 5 MG (***tadalafil***)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
sildenafil citrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	PA
STENDRA ORAL TABLET (***avanafil***)	3	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	3	PA
vardenafil hcl oral tablet dispersible	1 or 1b*	PA
VIAGRA ORAL TABLET (***sildenafil citrate***)	3	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)
CORLANOR ORAL TABLET (***ivabradine hcl***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ivabradine hcl oral tablet	1 or 1b*	PA; QL (2 tablets per 1 day)
TRANSTHYRETIN STABILIZERS - DRUGS FOR THE HEART**		
ATTRUBY ORAL TABLET THERAPY PACK (***acoramidis hcl***)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
VYNDAMAX ORAL CAPSULE (***tafamidis***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
VYNDAQEL ORAL CAPSULE (***tafamidis meglumine (cardiac)***)	3	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	
ZERBAXA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ceftolozane-tazobactam***)	3	
CEPHALOSPORINS - 1ST GENERATION - ANTIBIOTICS**		
cefadroxil oral capsule	1 or 1b*	
cefadroxil oral suspension reconstituted	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 1-4 GM-%(50ML), 2-3 GM-%(50ML)	3	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 3-2 gm-%(50ml)	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*	
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ceftazidime injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftazidime intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
ceftriaxone sodium in dextrose intravenous solution	1 or 1b*	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	1 or 1b*	
CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM	3	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
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	
ZEVTERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***ceftobiprole medocaril***)	3	
CEPHALOSPORINS - SIDEROPHORES - ANTIBIOTICS**		
FETROJA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***cefiderocol sulfate tosylate***)	3	
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN**		
BIPHASIC CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
azurette oral tablet	1 or 1b*; $0	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet	1 or 1b*; $0	
kariva oral tablet	1 or 1b*; $0	
LO LOESTRIN FE ORAL TABLET (***norethin-eth estrad-fe biphas***)	2	$0
pimtrea oral tablet	1 or 1b*; $0	
simliya oral tablet	1 or 1b*; $0	
viorele oral tablet	1 or 1b*; $0	
volnea oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
dasetta 1/35 (28) 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	
norethin ace-eth estrad-fe (Feirza 1.5/30 Oral Tablet)	1 or 1a*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe (Feirza 1/20 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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
levonorgest-eth estradiol-iron (Minzoya Oral Tablet)	1 or 1b*; $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	
norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
nortrel 0.5/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nortrel 1/35 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
nylia 1/35 oral tablet	1 or 1a*; $0	
ocella oral tablet	1 or 1b*; $0	
philith oral tablet	1 or 1a*; $0	
portia-28 oral tablet	1 or 1a*; $0	
reclipsen oral tablet	1 or 1a*; $0	
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
ethynodiol diac-eth estradiol (Valtya 1/50 Oral Tablet)	1 or 1a*; $0	
vestura oral tablet	1 or 1b*; $0	
vienva 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
norethin-eth estradiol-fe (Xelria 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	
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**		
MIUDELLA INTRAUTERINE COPPER INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***copper***)	3	
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	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
levonorgestrel oral tablet	1 or 1b*; $0	
my choice oral tablet	1 or 1b*; $0	
my way oral tablet	1 or 1b*; $0	
new day oral tablet	1 or 1b*; $0	
opcicon one-step oral tablet	1 or 1b*; $0	
option 2 oral tablet	1 or 1b*; $0	
react oral tablet	1 or 1b*; $0	
take action oral tablet	1 or 1b*; $0	
EXTENDED-CYCLE CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
ashlyna oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
camrese oral tablet	1 or 1b*; $0	
daysee oral tablet	1 or 1b*; $0	
iclevia oral tablet	1 or 1b*; $0	
introvale oral tablet	1 or 1b*; $0	
jaimiess oral tablet	1 or 1b*; $0	
jolessa oral tablet	1 or 1b*; $0	
levonorgest-eth 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***)	3	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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - IUD - BIRTH CONTROL PILLS**		
KYLEENA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
MIRENA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
SKYLA INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE (***levonorgestrel***)	3	LD; SP
PROGESTIN CONTRACEPTIVES - ORAL - BIRTH CONTROL PILLS**		
camila oral tablet	1 or 1b*; $0	
deblitane oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone (Emzahh Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
errin oral tablet	1 or 1b*; $0	
heather oral tablet	1 or 1b*; $0	
incassia oral tablet	1 or 1b*; $0	
jencycla oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyleq oral tablet	1 or 1b*; $0	
lyza oral tablet	1 or 1b*; $0	
nora-be oral tablet	1 or 1b*; $0	
norethindrone oral tablet	1 or 1b*; $0	
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	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tri-legest fe oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-linyah oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-estarylla oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-marzia oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-mili oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-lo-sprintec oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-mili oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-sprintec oral tablet	1 or 1b*; $0	
trivora (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
tri-vylibra lo oral tablet	1 or 1b*; $0	
tri-vylibra oral tablet	1 or 1b*; $0	
velivet oral tablet	1 or 1a*; $0	
norethindron-ethinyl estrad-fe (Xarah Fe Oral Tablet)	1 or 1b*; $0	
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES**		
GLUCOCORTICOSTEROIDS - DRUGS FOR INFLAMMATION**		
AGAMREE ORAL SUSPENSION (***vamorolone***)	3	PA; LD; QL (7.5 mL per 1 day)
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	
cortisone acetate oral tablet	3	PA; QL (12 tablets per 1 day)
deflazacort oral suspension	3	PA; LD
deflazacort oral tablet	3	PA; LD
DEPO-MEDROL INJECTION SUSPENSION (***methylprednisolone acetate***)	3	
dexameth sod phos (pf) +rfid injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
EMFLAZA ORAL SUSPENSION (***deflazacort***)	3	PA; LD
EMFLAZA ORAL TABLET (***deflazacort***)	3	PA; LD
EOHILIA ORAL SUSPENSION (***budesonide***)	3	PA; QL (20 mL per 1 day)
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	
KHINDIVI ORAL SOLUTION (***hydrocortisone***)	3	PA
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*	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG (***prednisolone sodium phosphate***)	3	QL (6 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 15 MG (***prednisolone sodium phosphate***)	3	QL (4 tablets per 1 day)
ORAPRED ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE 30 MG (***prednisolone sodium phosphate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
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	1 or 1a*	QL (6 tablets per 1 day)
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 15 mg	1 or 1a*	QL (4 tablets per 1 day)
prednisolone sodium phosphate oral tablet dispersible 30 mg	1 or 1a*	QL (2 tablets per 1 day)
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*	
RAYOS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***prednisone***)	3	ST
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***hydrocortisone sod succinate***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	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***)	3	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*	
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 (300 mL per 5 days)
guaifenesin-codeine oral solution	1 or 1a*	AL; QL (300 mL per 5 days)
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID (***guaifenesin-codeine***)	2	AL
maxi-tuss ac oral solution	1 or 1a*	AL; QL (300 mL per 5 days)
NINJACOF-XG ORAL LIQUID (***guaifenesin-codeine***)	3	AL
ANTITUSSIVE-EXPECTORANTS-DECONGESTANT - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
CODITUSSIN DAC ORAL LIQUID	3	AL
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
NON-NARC ANTITUSSIVE-DECONGESTANT-ANTIHISTAMINE - DRUGS FOR COUGH AND COLD**		
bromphen-pseudoeph-dm oral syrup	1 or 1b*	
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**		
ACZONE EXTERNAL GEL (***dapsone***)	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
AMZEEQ EXTERNAL FOAM (***minocycline hcl micronized***)	3	ST; QL (30 grams per 30 days)
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)
CLINDAGEL EXTERNAL GEL (***clindamycin phosphate***)	3	ST; QL (75 ml/gm per 30 days)
clindamycin phos (once-daily) external gel	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)
clindamycin phos (twice-daily) external gel	1 or 1b*	QL (75 ml/gm per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clindamycin phosphate external foam	1 or 1b*	QL (100 grams 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**		
ACANYA EXTERNAL GEL (***clindamycin phos-benzoyl perox***)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
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)
BENZAMYCIN EXTERNAL GEL (***benzoyl peroxide-erythromycin***)	3	ST; QL (46.6 grams per 30 days)
benzoyl peroxide-erythromycin external gel	1 or 1b*	QL (46.6 grams per 30 days)
CABTREO EXTERNAL GEL (***adapalene-benzoyl per-clindamy***)	3	ST; QL (1.667 grams per 1 day)
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)
EPIDUO EXTERNAL GEL (***adapalene-benzoyl peroxide***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
EPIDUO FORTE EXTERNAL GEL (***adapalene-benzoyl peroxide***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
neuac external gel	1 or 1b*	QL (45 grams per 30 days)
ONEXTON EXTERNAL GEL (***clindamycin phos-benzoyl perox***)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TWYNEO EXTERNAL CREAM (***tretinoin-benzoyl peroxide***)	3	ST; QL (1 tube per 30 days)
ZIANA EXTERNAL GEL (***clindamycin-tretinoin***)	3	ST; QL (60 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)
ADAPALENE EXTERNAL SOLUTION	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
AKLIEF EXTERNAL CREAM (***trifarotene***)	3	ST; QL (1 pump per 30 days)
ALTRENO EXTERNAL LOTION (***tretinoin***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
amnesteem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	2	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
isotretinoin (Amnesteem Oral Capsule 30 Mg)	2	PA
ARAZLO EXTERNAL LOTION (***tazarotene***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
ATRALIN EXTERNAL GEL (***tretinoin***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
AZELEX EXTERNAL CREAM (***azelaic acid***)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
claravis oral capsule	2	PA
DIFFERIN EXTERNAL CREAM (***adapalene***)	3	ST; QL (1.5 grams per 1 day)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.3 % (***adapalene***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
DIFFERIN EXTERNAL LOTION (***adapalene***)	3	ST; QL (59 mL per 30 days)
EPSOLAY EXTERNAL CREAM (***benzoyl peroxide***)	3	QL (50 grams per 30 days)
FABIOR EXTERNAL FOAM (***tazarotene***)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
isotretinoin oral capsule	2	PA
RETIN-A EXTERNAL CREAM (***tretinoin***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A EXTERNAL GEL (***tretinoin***)	3	ST; QL (45 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO EXTERNAL GEL (***tretinoin microsphere***)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
RETIN-A MICRO PUMP EXTERNAL GEL (***tretinoin microsphere***)	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
TAZAROTENE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
tretinoin external cream	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin external gel	1 or 1b*	PA; QL (45 grams per 30 days)
tretinoin microsphere external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere external gel 0.08 %	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.04 %, 0.1 %	1 or 1b*	PA; QL (50 grams per 30 days)
tretinoin microsphere pump external gel 0.08 %	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
WINLEVI EXTERNAL CREAM (***clascoterone***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
zenatane oral capsule	2	PA
AGENTS FOR EXTERNAL GENITAL AND PERIANAL WARTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
VEREGEN EXTERNAL OINTMENT (***sinecatechins***)	3	ST; QL (30 grams per 28 days)
AGENTS FOR FACIAL WRINKLES - RETINOIDS - DRUGS FOR THE SKIN**		
RENOVA EXTERNAL CREAM (***tretinoin (facial wrinkles)***)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
RENOVA PUMP EXTERNAL CREAM (***tretinoin (facial wrinkles)***)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ALOPECIA AGENTS - JANUS KINUS (JAK) INHIBITORS - DRUGS FOR THE SKIN**		
LITFULO ORAL CAPSULE (***ritlecitinib tosylate***)	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
gentamicin sulfate external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
mupirocin calcium external cream	3	ST; QL (30 grams per 1 fill)
mupirocin external ointment	1 or 1b*	QL (30 grams per 1 fill)
ANTIFUNGALS - TOPICAL COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole-betamethasone external cream	1 or 1b*	QL (180 grams per 30 days)
clotrimazole-betamethasone external lotion	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
FUNGIMEZ EXTERNAL SOLUTION	3	
miconazole-zinc oxide-petrolat external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin-triamcinolone external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
VUSION EXTERNAL OINTMENT (***miconazole-zinc oxide-petrolat***)	3	QL (50 grams per 30 days)
ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ciclodan external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox external gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
ciclopirox external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ciclopirox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 30 days)
ciclopirox olamine external cream	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
ciclopirox olamine external suspension	1 or 1b*	QL (60 mL per 30 days)
nystatin (Klayesta External Powder)	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 1 %	1 or 1b*	ST; QL (90 grams per 30 days)
naftifine hcl external cream 2 %	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
naftifine hcl external gel	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
NAFTIN EXTERNAL GEL (***naftifine hcl***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
nyamyc external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystatin external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external ointment	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
nystatin external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
nystop external powder	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac epolamine external patch	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
diclofenac sodium external gel 1 %	1 or 1b*	BE; QL (1000 gm per 30 days)
diclofenac sodium external solution 1.5 %	3	ST; QL (10 mL per 1 day)
diclofenac sodium external solution 2 %	3	ST; QL (224 gm per 30 days)
FLECTOR EXTERNAL PATCH (***diclofenac epolamine***)	3	ST; QL (2 patch per 1 day)
LICART EXTERNAL PATCH 24 HOUR (***diclofenac epolamine***)	3	ST; QL (1 topical system per 1 day)
PENNSAID EXTERNAL SOLUTION (***diclofenac sodium***)	3	ST; QL (224 gm per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTINEOPLASTIC ALKYLATING AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
VALCHLOR EXTERNAL GEL (***mechlorethamine hcl (topical)***)	3	PA; LD; QL (1 tube per 30 days)
ANTINEOPLASTIC ANTIMETABOLITES - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
fluorouracil external cream	1 or 1b*	AL; QL (40 gm per 365 days)
fluorouracil external solution	1 or 1b*	AL; QL (10 mL per 365 days)
TOLAK EXTERNAL CREAM (***fluorouracil***)	3	ST; QL (40 gm per 365 days)
ANTINEOPLASTIC OR PREMALIGNANT LESIONS - TOPICAL NSAID'S - DRUGS FOR THE SKIN**		
diclofenac sodium external gel 3 %	1 or 1b*	PA; QL (300 grams per 1 year)
ANTINEOPLASTIC RETINOIDS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
PANRETIN EXTERNAL GEL (***alitretinoin***)	3	LD; SP
ANTIPRURITICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
doxepin hcl external cream	1 or 1b*	PA; QL (1 tube per 1 fill)
PRUDOXIN EXTERNAL CREAM (***doxepin hcl (antipruritic)***)	3	PA; QL (1 tube per 1 fill)
ZONALON EXTERNAL CREAM (***doxepin hcl (antipruritic)***)	3	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)
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 160 MG/ML (***bimekizumab-bkzx***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 320 MG/2ML (***bimekizumab-bkzx***)	3	PA; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 160 MG/ML (***bimekizumab-bkzx***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 56 days); SP
BIMZELX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 320 MG/2ML (***bimekizumab-bkzx***)	3	PA; QL (1 carton per 56 days); SP
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (3 vials per 4 weekss); SP
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***secukinumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***secukinumab***)	3	PA; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ILUMYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tildrakizumab-asmn***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weekss); SP
methoxsalen rapid oral capsule	1 or 1b*	LD; SP
OTULFI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ustekinumab-aauz***)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ustekinumab-ttwe***)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
SELARSDI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ustekinumab-aekn***)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
SILIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***brodalumab***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
SOTYKTU ORAL TABLET (***deucravacitinib***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SPEVIGO INTRAVENOUS SOLUTION (***spesolimab-sbzo***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 year)
SPEVIGO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***spesolimab-sbzo***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (1 unit per 12 weeks); SP
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
STEQEYMA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ustekinumab-stba***)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***ixekizumab***)	3	PA; LD; QL (1 auto-injector per 28 days); SP
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ixekizumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***guselkumab***)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML (***guselkumab***)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML (***guselkumab***)	3	PA; LD; QL (1 mL per 56 days); SP
ustekinumab subcutaneous solution	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
ustekinumab subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; LD; QL (1 syringe per 12 weeks); SP
ustekinumab-aekn subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
ustekinumab-ttwe subcutaneous solution prefilled syringe	3	PA; QL (1 syringe per 84 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
WEZLANA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ustekinumab-auub***)	3	PA; QL (1 vial/syringe per 84 days); SP
WEZLANA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ustekinumab-auub***)	3	PA; QL (1 vial/syringe per 84 days); SP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ustekinumab-kfce***)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ustekinumab-kfce***)	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
ANTIPSORIATICS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
calcipotriene external foam	3	ST; 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)
SORILUX EXTERNAL FOAM (***calcipotriene***)	3	ST; QL (120 grams per 30 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 CREAM (***tazarotene***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL GEL (***tazarotene***)	3	QL (100 grams per 30 days)
VECTICAL EXTERNAL OINTMENT (***calcitriol***)	3	ST; QL (800 grams per 28 days)
VTAMA EXTERNAL CREAM (***tapinarof***)	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 CREAM (***acyclovir***)	3	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**		
CIBINQO ORAL TABLET (***abrocitinib***)	3	PA; LD; QL (1 tablets per 1 day); SP
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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ATOPIC DERMATITIS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE SKIN**		
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***tralokinumab-ldrm***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tralokinumab-ldrm***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***dupilumab***)	3	PA; LD; SP
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***dupilumab***)	3	PA; LD; SP
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***lebrikizumab-lbkz***)	3	PA; LD; QL (1 pen/syringe per 28 days); SP
EBGLYSS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***lebrikizumab-lbkz***)	3	PA; QL (1 syringe per 28 days); SP
BURN PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
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 SCALP EXTERNAL LOTION (***hydrocortisone***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
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)
AMCINONIDE EXTERNAL OINTMENT	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
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)
BRYHALI EXTERNAL LOTION (***halobetasol propionate***)	3	ST; QL (100 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
clobetasol propionate external cream 0.025 %	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
clobetasol propionate external cream 0.05 %	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external foam	1 or 1b*	QL (100 mL per 30 days)
clobetasol propionate external gel	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external liquid	1 or 1b*	QL (125 mL per 30 days)
clobetasol propionate external lotion	1 or 1b*	QL (118 mL per 30 days)
clobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (60 grams per 30 days)
clobetasol propionate external shampoo	1 or 1b*	QL (3.94 mL per 1 day)
clobetasol propionate external solution	1 or 1b*	QL (50 mL per 30 days)
CLOBEX EXTERNAL LOTION (***clobetasol propionate***)	3	ST; QL (118 mL per 30 days)
CLOBEX EXTERNAL SHAMPOO (***clobetasol propionate***)	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
CLOBEX SPRAY EXTERNAL LIQUID (***clobetasol propionate***)	3	ST; QL (125 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)
CLODERM EXTERNAL CREAM (***clocortolone pivalate***)	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
CORDRAN EXTERNAL TAPE (***flurandrenolide***)	3	ST; QL (1 box per 30 days)
DERMA-SMOOTHE/FS BODY EXTERNAL OIL (***fluocinolone acetonide***)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
DERMA-SMOOTHE/FS SCALP EXTERNAL OIL (***fluocinolone acetonide***)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
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)
DESOWEN EXTERNAL CREAM (***desonide***)	3	ST; 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)
DIPROLENE EXTERNAL OINTMENT (***betamethasone dipropionate aug***)	3	ST; QL (50 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
halcinonide external solution	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
halobetasol propionate external cream	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOBETASOL PROPIONATE EXTERNAL FOAM	3	ST; QL (50 grams per 30 days)
halobetasol propionate external ointment	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
HALOG EXTERNAL CREAM (***halcinonide***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external cream	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external lotion	3	ST; QL (3.94 mL per 1 day)
hydrocortisone butyrate external ointment	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
hydrocortisone butyrate external solution	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
hydrocortisone external cream 2.5 %	1 or 1a*	QL (454 grams per 30 days)
hydrocortisone external lotion 2 %	3	ST; QL (60 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 external solution	3	ST; QL (30 mL 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)
IMPOYZ EXTERNAL CREAM (***clobetasol propionate***)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
LEXETTE EXTERNAL FOAM (***halobetasol propionate***)	3	ST; QL (50 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)
SERNIVO EXTERNAL EMULSION (***betamethasone dipropionate***)	3	ST; QL (120 mL per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL CREAM (***fluocinolone acetonide***)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
SYNALAR EXTERNAL OINTMENT (***fluocinolone acetonide***)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
TEXACORT EXTERNAL SOLUTION (***hydrocortisone***)	3	ST; QL (30 mL per 30 days)
TOPICORT EXTERNAL OINTMENT (***desoximetasone***)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
TOPICORT SPRAY EXTERNAL LIQUID (***desoximetasone***)	3	ST; QL (100 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ULTRAVATE EXTERNAL LOTION (***halobetasol propionate***)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
VANOS EXTERNAL CREAM (***fluocinonide***)	3	ST; QL (120 grams per 30 days)
DEPIGMENTING COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TRI-LUMA EXTERNAL CREAM (***fluocin-hydroquinone-tretinoin***)	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)***)	3	PA; LD
DAXXIFY INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***daxibotulinumtoxina-lanm***)	3	PA; LD
JEUVEAU INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***prabotulinumtoxina-xvfs (cosm)***)	3	
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
clotrimazole external cream	1 or 1b*	QL (113 grams per 30 days)
econazole nitrate external cream	1 or 1b*	QL (85 grams per 30 days)
ECOZA EXTERNAL FOAM (***econazole nitrate***)	3	ST; QL (70 grams per 30 days)
ERTACZO EXTERNAL CREAM (***sertaconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL CREAM (***sulconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
EXELDERM EXTERNAL SOLUTION (***sulconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)
JUBLIA EXTERNAL SOLUTION (***efinaconazole***)	3	QL (8 mL per 30 days)
ketoconazole external cream	1 or 1b*	QL (120 grams per 30 days)
ketoconazole external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
ketoconazole external shampoo	1 or 1b*	QL (120 mL per 30 days)
ketodan external foam	3	QL (100 grams per 30 days)
luliconazole external cream	1 or 1b*	ST; QL (60 grams per 30 days)
LUZU EXTERNAL CREAM (***luliconazole***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
oxiconazole nitrate external cream	3	ST; QL (90 grams per 30 days)
OXISTAT EXTERNAL LOTION (***oxiconazole nitrate***)	3	ST; QL (60 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
INTERLEUKIN-31 RECEPTOR ANTAGONISTS - SYSTEMIC - DRUGS FOR THE SKIN**		
NEMLUVIO SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR (***nemolizumab-ilto***)	3	PA; LD; QL (1 pen per 56 days); SP
KERATOLYTIC/ANTIMITOTIC/VESICANT AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
CONDYLOX EXTERNAL GEL (***podofilox***)	3	ST; QL (7 grams per 28 days)
podofilox external gel	1 or 1b*	QL (7 grams per 28 days)
podofilox external solution	1 or 1b*	QL (7 mL per 28 days)
YCANTH EXTERNAL SOLUTION (***cantharidin***)	3	PA; QL (8 applicators per 84 days)
LINIMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
TURPENTINE EXTERNAL SPIRIT	3	
LOCAL ANESTHETICS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
dyclopro external solution	3	
glydo external prefilled syringe	1 or 1b*	
lidocaine external ointment 5 %	1 or 1b*	QL (5 grams per 1 day)
lidocaine external patch 5 %	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine hcl external solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel	1 or 1b*	
lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe	1 or 1b*	
LIDODERM EXTERNAL PATCH (***lidocaine***)	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine (Tridacaine Ii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
lidocaine (Tridacaine Iii External Patch)	1 or 1b*	PA; QL (3 patches per 1 day)
ZTLIDO EXTERNAL PATCH (***lidocaine***)	3	PA; QL (3 patches per 1 day)
MACROLIDE IMMUNOSUPPRESSANTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
ELIDEL EXTERNAL CREAM (***pimecrolimus***)	3	ST; QL (100 grams per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	ST; QL (5 packets per 1 fill)
KLISYRI (350 MG) EXTERNAL OINTMENT (***tirbanibulin***)	3	ST; QL (5 packets per 1 fill)
MISC. DERMATOLOGICAL PRODUCTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
ILIDERM EXTERNAL EMULSION	3	
MISC. TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
QBREXZA EXTERNAL PAD (***glycopyrronium tosylate***)	3	PA; QL (1 cloth per 1 day)
SOFDRA EXTERNAL GEL (***sofpironium bromide***)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
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)
ZORYVE EXTERNAL CREAM (***roflumilast***)	3	PA; QL (60 grams per 30 days)
ZORYVE EXTERNAL FOAM (***roflumilast***)	3	PA; QL (2 grams per 1 day)
PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMELUZ EXTERNAL GEL (***aminolevulinic acid hcl***)	3	
LEVULAN KERASTICK EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***aminolevulinic acid hcl***)	3	
PROSTAGLANDINS - TOPICAL - DRUGS FOR THE SKIN**		
bimatoprost external solution	1 or 1b*	
LATISSE EXTERNAL SOLUTION (***bimatoprost***)	3	
ROSACEA AGENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
azelaic acid external gel	1 or 1b*	QL (50 grams per 30 days)
brimonidine tartrate external gel	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
doxycycline oral capsule delayed release	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
EMROSI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***minocycline hcl micronized***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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)
METROGEL EXTERNAL GEL (***metronidazole***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
METROLOTION EXTERNAL LOTION (***metronidazole***)	3	ST; QL (59 mL 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)
NORITATE EXTERNAL CREAM (***metronidazole***)	3	ST; QL (60 grams per 30 days)
ORACEA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***doxycycline***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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*	
TISSUE REPLACEMENTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
AMNIOTEXT EXTERNAL SHEET (***amniotic membrane allograft***)	3	
AMPHENOL-40 INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED	3	
CYGNUS DUAL EXTERNAL SHEET (***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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
TOPICAL ANESTHETIC COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
lidocaine-prilocaine external cream	1 or 1b*	QL (30 grams per 30 days)
lidocaine-prilocaine external kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 30 days)
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY EXTERNAL KIT (***lidocaine hcl-blood collection***)	3	
TOPICAL SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE SKIN**		
bexarotene external gel	1 or 1b*	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TARGRETIN EXTERNAL GEL (***bexarotene***)	3	PA; LD; QL (60 grams per 30 days); SP
TOPICAL STEROID COMBINATIONS - DRUGS FOR THE SKIN**		
calcipotriene-betameth diprop external ointment	2	ST; QL (400 grams per 28 days)
calcipotriene-betameth diprop external suspension	2	ST; QL (420 grams per 28 days)
DUOBRII EXTERNAL LOTION (***halobetasol prop-tazarotene***)	3	PA; QL (200 grams per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM (***calcipotriene-betameth diprop***)	3	QL (420 grams per 28 days)
TACLONEX EXTERNAL SUSPENSION (***calcipotriene-betameth diprop***)	3	ST; QL (420 grams per 28 days)
WYNZORA EXTERNAL CREAM (***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 DRESSINGS - DRUGS FOR THE SKIN**		
FILSUVEZ EXTERNAL GEL (***birch triterpenes***)	3	PA; LD
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS EXTERNAL (***hydroactive dressings***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ADVANCE INTUITION TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVANCE MICRO-DRAW TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ADVOCATE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX AMP TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX JAZZ TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
AGAMATRIX PRESTO TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 3 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE 4 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE II CHECK IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE II IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PLATINUM IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRISM MULTI TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ASSURE PRO TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BIOTEL CARE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
blood glucose test strips 333 in vitro strip	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARESENS N GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CARETOUCH TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHEK TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE MICRO TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR NEXT TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR PLUS TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CONTOUR TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
cvs true metrix glucose test in vitro strip	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
D-CARE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
DUO-CARE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY PLUS II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY STEP TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TOUCH TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASY TRAK II GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYGLUCO IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX 15 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYMAX TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EASYPRO PLUS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT COMPACT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ELEMENT TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EQ BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
EVOLUTION AUTOCODE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GD20 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G ADVANCE PRO IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA TN'G/TN'G VOICE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE GD40 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE PREMIUM V10 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FORACARE TEST N GO TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE INSULINX TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE LITE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE PRECISION NEO TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
FREESTYLE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	2	QL (204 strips per 30 days)
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GENULTIMATE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GHT TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCO PERFECT 3 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD EXPRESSION TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD SHINE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD VITAL TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCARD X-SENSOR IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOCOM TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GLUCOSE METER TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK SMART SYSTEM IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GNP TRUETRACK TEST STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IGLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
INFINITY VOICE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER TRUETEST TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MEIJER TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MICRODOT TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM BLULINK GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MM EASY TOUCH GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
MYGLUCOHEALTH TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NEUTEK 2TEK TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
NOVA MAX GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONE DROP TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH ULTRA TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
ONETOUCH VERIO IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
OPTIUMEZ TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PHARMACIST CHOICE NO CODING IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	QL (204 strips per 30 days)
POCKETCHEM EZ TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES IN VITRO DIAGNOSTIC TEST (***glucose blood***)	3	QL (200 tests per 30 days)
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PRODIGY NO CODING BLOOD GLUC IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
PTS PANELS EGLU TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	
QUICKTEK TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION CONFIRM/MICRO TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION GLUCOSE TEST STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PREMIER TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION PRIME TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RELION ULTIMA TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SOLUS V2 TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
SUPREME TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE STRIP IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETEST TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
TRUETRACK TEST IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
UNISTRIP1 GENERIC IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST IN VITRO STRIP	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
VIVAGUARD INO TEST STRIPS IN VITRO STRIP (***glucose blood***)	3	ST; QL (204 strips per 30 days)
***DIGESTIVE AIDS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
DIGESTIVE ENZYMES - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	2	QL (25 capsules per 1 day)
PANCREAZE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
PERTZYE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES (***pancrelipase (lip-prot-amyl)***)	3	ST; QL (25 capsules per 1 day)
SUCRAID ORAL SOLUTION (***sacrosidase***)	3	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	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
KEVEYIS ORAL TABLET (***dichlorphenamide***)	3	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day)
methazolamide 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
dichlorphenamide (Ormalvi Oral Tablet)	1 or 1b*	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***)	3	PA; LD; QL (6 kits per 30 days)
furosemide oral solution	1 or 1a*	
furosemide oral tablet	1 or 1a*	
LASIX ORAL TABLET (***furosemide***)	3	
SOAANZ ORAL TABLET (***torsemide***)	3	ST
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	
DYRENIUM ORAL CAPSULE (***triamterene***)	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	
HEMICLOR ORAL TABLET (***chlorthalidone***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydrochlorothiazide oral capsule	1 or 1a*	
hydrochlorothiazide oral tablet	1 or 1a*	
indapamide oral tablet	1 or 1b*	
INZIRQO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***hydrochlorothiazide***)	3	PA
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***)	3	PA; LD; SP
ADENOSINE DEAMINASE SCID TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
REVCOVI INTRAMUSCULAR SOLUTION (***elapegademase-lvlr***)	3	PA; LD
ALPHA-MANNOSIDOSIS TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LAMZEDE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***velmanase alfa-tycv***)	3	PA; LD
ATP-SENSITIVE POTASSIUM CHANNEL ACTIVATORS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150 MG (***diazoxide choline***)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG (***diazoxide choline***)	3	PA; QL (21 tablets per 1 day)
VYKAT XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG (***diazoxide choline***)	3	PA; QL (7 tablets per 1 day)
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	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	1 or 1b*	LD
ibandronate sodium oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 28 days)
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	1 or 1b*	LD; SP
PAMIDRONATE DISODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 6 MG/ML	3	LD; SP
RECLAST INTRAVENOUS SOLUTION (***zoledronic acid***)	3	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	3	PA; LD; SP
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	1 or 1b*	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	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
PARSABIV INTRAVENOUS SOLUTION (***etelcalcetide hcl***)	3	PA; LD
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG (***cinacalcet hcl***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG (***cinacalcet hcl***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
CALCITONINS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
calcitonin (salmon) injection solution	1 or 1b*	LD
calcitonin (salmon) nasal solution	1 or 1b*	QL (0.13 mL per 1 day)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION (***calcitonin (salmon)***)	3	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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 PEN-INJECTOR (***corticotropin***)	3	PA; SP
ACTHAR INJECTION GEL (***corticotropin***)	3	PA; LD; SP
CORTROPHIN GEL SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***corticotropin***)	3	PA; SP
CORTROPHIN INJECTION GEL (***corticotropin***)	3	PA; LD; SP
***CORTICOTROPIN-RELEASING FACTOR (CRF) RECEPTOR TYPE 1 ANTAG* - HORMONES**		
CRENESSITY ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG (***crinecerfont***)	3	PA; QL (2 mL per 1 day)
CRENESSITY ORAL SOLUTION (***crinecerfont***)	3	PA; QL (4 mL per 1 day)
CORTISOL SYNTHESIS INHIBITORS - HORMONES**		
ISTURISA ORAL TABLET (***osilodrostat phosphate***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
RECORLEV ORAL TABLET (***levoketoconazole***)	3	PA; LD; QL (8 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***)	3	PA; LD; SP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***agalsidase beta***)	3	PA; LD; SP
GALAFOLD ORAL CAPSULE (***migalastat hcl***)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 30 days)
GAA DEFICIENCY TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alglucosidase alfa***)	3	PA; LD; SP
NEXVIAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***avalglucosidase alfa-ngpt***)	3	PA; LD; SP
OPFOLDA ORAL CAPSULE (***miglustat (gaa deficiency)***)	3	PA; LD; QL (8 capsules per 28 days); SP
POMBILITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***cipaglucosidase alfa-atga***)	3	PA; LD; SP
GNRH/LHRH ANTAGONISTS - DRUGS FOR WOMEN**		
cetrorelix acetate subcutaneous kit	1 or 1b*	PA; LD; SP
CETROTIDE SUBCUTANEOUS KIT (***cetrorelix acetate***)	3	PA; LD; SP
fyremadel subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; SP
GANIRELIX ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
GROWTH HORMONE RELEASING HORMONES (GHRH) - DRUGS FOR GROWTH**		
EGRIFTA SV SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tesamorelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 package per 30 days)
GROWTH HORMONES - DRUGS FOR GROWTH**		
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 12 MG, 6 MG (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
HUMATROPE INJECTION CARTRIDGE 24 MG (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 injection per 1 day); SP
NGENLA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***somatrogon-ghla***)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days)
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
OMNITROPE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4 MG (***somatropin (non-refrigerated)***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
SEROSTIM SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 5 MG, 6 MG (***somatropin (non-refrigerated)***)	3	PA; LD; QL (1 solution per 1 day)
SKYTROFA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 11 MG, 7.6 MG, 9.1 MG (***lonapegsomatropin-tcgd***)	3	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***)	3	PA; LD; QL (4 cartridges per 28 days); SP
SOGROYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***somapacitan-beco***)	3	PA; LD; QL (4 injections per 28 days); SP
ZOMACTON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***somatropin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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	1 or 1b*	PA; LD; SP
nitisinone oral capsule 20 mg	1 or 1b*	PA; LD
NITYR ORAL TABLET (***nitisinone***)	3	PA; LD
ORFADIN ORAL CAPSULE (***nitisinone***)	3	PA; LD
ORFADIN ORAL SUSPENSION (***nitisinone***)	3	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**		
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE (***carglumic acid***)	3	PA; LD
carglumic acid oral tablet soluble	1 or 1b*	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)
ROCALTROL ORAL CAPSULE (***calcitriol***)	3	PA
ROCALTROL ORAL SOLUTION (***calcitriol***)	3	PA
ZEMPLAR INTRAVENOUS SOLUTION (***paricalcitol***)	3	PA
ZEMPLAR ORAL CAPSULE (***paricalcitol***)	3	PA
HYPOPARATHYROID TREATMENT - PARATHYROID HORMONE ANALOGS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
YORVIPATH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***palopegteriparatide***)	3	PA; LD; QL (2 prefilled pens per 28 days)
HYPOPHOSPHATASIA (HPP) AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
STRENSIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (***asfotase alfa***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INSULIN-LIKE GROWTH FACTOR-1 RECEPTOR INHIBITORS(IGF-1R) - DRUGS FOR THYROID**		
TEPEZZA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***teprotumumab-trbw***)	3	PA; LD; QL (8 fills per 168 days)
INSULIN-LIKE GROWTH FACTORS (SOMATOMEDINS) - HORMONES**		
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION (***mecasermin***)	3	PA; LD
LEPTIN ANALOGUES - HORMONES**		
MYALEPT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***metreleptin***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day)
LHRH/GNRH AGONIST ANALOG PITUITARY SUPPRESSANTS - DRUGS FOR WOMEN**		
FENSOLVI (6 MONTH) SUBCUTANEOUS KIT (***leuprolide acetate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 7.5 MG (***leuprolide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe kit per 28 days)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 12 weekss)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (***leuprolide acetate (3 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 84 days)
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT (***leuprolide acetate (6 month)***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 24 weekss)
SUPPRELIN LA SUBCUTANEOUS KIT (***histrelin acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
SYNAREL NASAL SOLUTION (***nafarelin acetate***)	3	PA; LD; QL (5 bottle per 30 days); SP
TRIPTODUR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***triptorelin pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 168 days)
LIPOPROTEIN LIPASE DEFICIENCY (LPLD) DEFICIENCY - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
TRYNGOLZA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***olezarsen sodium***)	3	PA; QL (1 autoinjector per 1 month)
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***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS I (MPS I) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (***laronidase***)	3	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS II (MPS II) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
ELAPRASE INTRAVENOUS SOLUTION (***idursulfase***)	3	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS IV (MPS IV) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VIMIZIM INTRAVENOUS SOLUTION (***elosulfase alfa***)	3	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VI (MPS VI) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION (***galsulfase***)	3	PA; LD; SP
MUCOPOLYSACCHARIDOSIS VII (MPS VII) - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
MEPSEVII INTRAVENOUS SOLUTION (***vestronidase alfa-vjbk***)	3	PA; LD
NATRIURETIC PEPTIDES - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
VOXZOGO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***vosoritide***)	3	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	3	PA; LD; SP
FOLLISTIM AQ SUBCUTANEOUS SOLUTION (***follitropin beta***)	3	PA; LD; SP
GONAL-F INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***follitropin alfa***)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF REDIJECT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***follitropin alfa***)	3	PA; LD; SP
GONAL-F RFF SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***follitropin alfa***)	3	PA; LD; SP
MENOPUR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***menotropins***)	3	PA; LD; SP
NOVAREL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chorionic gonadotropin***)	2	PA; LD; SP
OVIDREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***choriogonadotropin alfa***)	3	PA; LD; SP
PREGNYL INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chorionic gonadotropin***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	PA; QL (1 pen per 28 days); SP
teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml	3	PA; QL (1 pen per 28 days); SP
TERIPARATIDE SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	3	PA; LD; QL (1 pen per 28 days); SP
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***abaloparatide***)	3	PA; LD; QL (1 pen per 30 days); SP
PHENYLKETONURIA TREATMENT - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Packet)	1 or 1b*	PA; LD
sapropterin dihydrochloride (Javygtor Oral Tablet)	1 or 1b*	PA; LD
KUVAN ORAL PACKET (***sapropterin dihydrochloride***)	3	PA; LD; SP
KUVAN ORAL TABLET (***sapropterin dihydrochloride***)	3	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML (***pegvaliase-pqpz***)	3	PA; LD; SP
PALYNZIQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (***pegvaliase-pqpz***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
sapropterin dihydrochloride oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
sapropterin dihydrochloride oral tablet	1 or 1b*	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***)	3	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***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day)
JYNARQUE ORAL TABLET THERAPY PACK (***tolvaptan***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SAMSCA ORAL TABLET 15 MG (***tolvaptan***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
SAMSCA ORAL TABLET 30 MG (***tolvaptan***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
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
tolvaptan oral tablet therapy pack	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 carton per 28 days)
SOMATOSTATIC AGENTS - DRUGS FOR GROWTH**		
LANREOTIDE ACETATE SUBCUTANEOUS SOLUTION	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
MYCAPSSA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
octreotide acetate injection solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
octreotide acetate intramuscular kit 10 mg, 30 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
octreotide acetate intramuscular kit 20 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; SP
SANDOSTATIN INJECTION SOLUTION (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 30 MG (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 20 MG (***octreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (2 kits per 28 days); SP
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***pasireotide pamoate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days)
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (***pasireotide diaspartate***)	3	PA; LD; QL (2 mL per 1 day)
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lanreotide acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe/vial per 28 days); SP
UREA CYCLE DISORDER - AGENTS - DRUGS FOR MENOPAUSE AND BONE LOSS**		
BUPHENYL ORAL POWDER (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
BUPHENYL ORAL TABLET (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
OLPRUVA (2 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (3 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (4 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (5 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) ORAL THERAPY PACK (***sodium phenylbutyrate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 30 days)
PHEBURANE ORAL PELLET (***sodium phenylbutyrate***)	3	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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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; QL (12 tablets per 1 day)
DDAVP ORAL TABLET 0.2 MG (***desmopressin acetate***)	3	LD; QL (6 tablets per 1 day)
DDAVP PF INJECTION SOLUTION (***desmopressin acetate***)	3	LD
desmopressin ace spray refrig nasal solution	1 or 1b*	
desmopressin acetate injection solution	1 or 1b*	LD
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg	1 or 1b*	LD; QL (12 tablets per 1 day)
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*	
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***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 20 MG/ML (***burosumab-twza***)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
CRYSVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/ML (***burosumab-twza***)	3	PA; LD; QL (6 vials per 28 days); SP
***ESTROGENS* - HORMONES**		
ESTROGEN & PROGESTIN - DRUGS FOR WOMEN**		
ACTIVELLA ORAL TABLET (***estradiol-norethindrone acet***)	3	
ANGELIQ ORAL TABLET (***drospirenone-estradiol***)	3	
BIJUVA ORAL CAPSULE (***estradiol-progesterone***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
CLIMARA PRO TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***estradiol-levonorgestrel***)	2	QL (4 patch per 28 days)
COMBIPATCH TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (***estradiol-norethindrone acet***)	2	QL (8 patch per 28 days)
estradiol-norethindrone acet oral tablet	1 or 1b*	
fyavolv oral tablet	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
jinteli oral tablet	1 or 1b*	
mimvey oral tablet	1 or 1b*	
norethindrone-eth estradiol oral tablet	1 or 1b*	
PREMPHASE ORAL TABLET (***conj estrog-medroxyprogest ace***)	2	
PREMPRO ORAL TABLET (***conj estrog-medroxyprogest ace***)	2	
ESTROGEN-PROGESTIN-GNRH ANTAGONIST - DRUGS FOR WOMAN**		
MYFEMBREE ORAL TABLET (***relugolix-estradiol-norethind***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
ORIAHNN ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***elagolix-estradiol-norethind***)	3	PA; QL (1 carton per 28 days)
ESTROGENS - DRUGS FOR WOMEN**		
ALORA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (***estradiol***)	3	QL (8 patch per 28 days)
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)
ESTRACE ORAL TABLET (***estradiol***)	3	
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 (37.5 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)
MINIVELLE TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (***estradiol***)	3	QL (8 patch per 28 days)
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***estrogens conjugated***)	2	
PREMARIN ORAL TABLET (***estrogens conjugated***)	2	QL (1 tablet per 1 day)
VIVELLE-DOT TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (***estradiol***)	3	QL (8 patch per 28 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ESTROGEN-SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR MODULATOR COMB - DRUGS FOR WOMEN**		
DUAVEE ORAL TABLET (***conj estrogens-bazedoxifene***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
***FLUOROQUINOLONES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
FLUOROQUINOLONES - ANTIBIOTICS**		
BAXDELA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***delafloxacin meglumine***)	3	
BAXDELA ORAL TABLET (***delafloxacin meglumine***)	3	PA
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***ciprofloxacin***)	3	
CIPRO ORAL TABLET (***ciprofloxacin hcl***)	3	
ciprofloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
levofloxacin intravenous solution	1 or 1b*	QL (1 fill per 30 days)
levofloxacin oral solution	1 or 1b*	
levofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
MOXIFLOXACIN HCL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
moxifloxacin hcl oral tablet	1 or 1b*	
ofloxacin oral tablet	1 or 1b*	
***GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
5-HT4 RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
MOTEGRITY ORAL TABLET (***prucalopride succinate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
prucalopride succinate oral tablet	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
BILE ACID SYNTHESIS DISORDER AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CHOLBAM ORAL CAPSULE (***cholic acid***)	3	PA; LD; QL (4 capsule per 1 day)
CIC AGENTS - GUANYLATE CYCLASE-C (GC-C) AGONISTS - DRUGS FOR CONSTIPATION**		
TRULANCE ORAL TABLET (***plecanatide***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
FARNESOID X RECEPTOR (FXR) AGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
OCALIVA ORAL TABLET (***obeticholic acid***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
GALLSTONE SOLUBILIZING AGENTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
CHENODAL ORAL TABLET (***chenodiol***)	3	PA; LD; QL (7 tablets per 1 day)
CTEXLI ORAL TABLET (***chenodiol***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
RELTONE ORAL CAPSULE (***ursodiol***)	3	PA
URSO FORTE ORAL TABLET (***ursodiol***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
URSODIOL ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	3	PA
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**		
AMITIZA ORAL CAPSULE (***lubiprostone***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
lubiprostone oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
GASTROINTESTINAL STIMULANTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
GIMOTI NASAL SOLUTION (***metoclopramide hcl***)	3	PA; QL (1 bottle per 4 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*	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***)	3	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)
LOTRONEX ORAL TABLET (***alosetron hcl***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
IBS AGENT - SODIUM/HYDROGEN EXCHANGER 3 (NHE3) INHIBITOR - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
IBSRELA ORAL TABLET (***tenapanor hcl***)	3	ST; 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ILEAL BILE ACID TRANSPORTER (IBAT) INHIBITORS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 200 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (30 pellets per 1 day)
BYLVAY (PELLETS) ORAL CAPSULE SPRINKLE 600 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (10 pellets per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 1200 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (5 capsules per 1 day)
BYLVAY ORAL CAPSULE 400 MCG (***odevixibat***)	3	PA; LD; QL (15 capsules per 1 day)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML (***maralixibat chloride***)	3	PA; LD; QL (60 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML (***maralixibat chloride***)	3	PA; LD; QL (90 mL per 30 days)
LIVMARLI ORAL TABLET 10 MG (***maralixibat chloride***)	3	PA; QL (4 tablets per 1 day)
LIVMARLI ORAL TABLET 15 MG, 20 MG (***maralixibat chloride***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
LIVMARLI ORAL TABLET 30 MG (***maralixibat chloride***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
INFLAMMATORY BOWEL AGENTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***mesalamine***)	3	ST; QL (4 capsule per 1 day)
AZULFIDINE EN-TABS ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***sulfasalazine***)	3	QL (8 tablet per 1 day)
AZULFIDINE ORAL TABLET (***sulfasalazine***)	3	QL (8 tablet per 1 day)
balsalazide disodium oral capsule	1 or 1b*	QL (9 capsule per 1 day)
CANASA RECTAL SUPPOSITORY (***mesalamine***)	3	QL (1 suppository per 1 day)
COLAZAL ORAL CAPSULE (***balsalazide disodium***)	3	QL (9 capsule 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)
LIALDA ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***mesalamine***)	3	ST; QL (4 tablet 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 (4 kits per 28 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 (4 kit per 28 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***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 56 days); SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ENTYVIO PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***vedolizumab***)	3	PA; LD; QL (2 pen/syringe per 28 days); SP
INTERLEUKIN ANTAGONISTS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
OMVOH (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***mirikizumab-mrkz***)	3	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
OMVOH (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***mirikizumab-mrkz***)	3	PA; QL (2 pens/syringes per 28 days); SP
OMVOH INTRAVENOUS SOLUTION (***mirikizumab-mrkz***)	3	PA; LD; QL (9 vials per 1 one-time fill); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***mirikizumab-mrkz***)	3	PA; LD; QL (2 pens per 28 days); SP
OMVOH SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***mirikizumab-mrkz***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
OTULFI INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab-aauz (iv)***)	3	PA; QL (4 vials per 1 one-time fill); SP
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab-ttwe (iv)***)	3	PA; QL (4 vials per 1 one-time fill); SP
SELARSDI INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab-aekn (iv)***)	3	PA; QL (4 vials per 1 one time fill); SP
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (6 vials per 1 one-time fill); SP
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***risankizumab-rzaa***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 56 days); SP
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab***)	3	PA; LD; QL (4 vials per 6 months); SP
STEQEYMA INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab-stba (iv)***)	3	PA; QL (4 vials per 6 months); SP
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***guselkumab***)	3	PA; QL (3 packs per 1 one time supply); SP
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION (***guselkumab***)	3	PA; QL (3 vials per 6 months); SP
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML (***guselkumab***)	3	PA; QL (1 pen/syringe per 28 days); SP
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML (***guselkumab***)	3	PA; QL (1 pen/syringe per 28 days); SP
ustekinumab intravenous solution	3	PA; LD; QL (4 vials per 6 months); SP
ustekinumab-ttwe intravenous solution	3	PA; QL (1 syringe per 84 days); SP
WEZLANA INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab-auub (iv)***)	3	PA; QL (4 vials per 365 days); SP
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION (***ustekinumab-kfce (iv)***)	3	PA; QL (4 vials per 6 months); SP
INTESTINAL ACIDIFIERS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
enulose oral solution	1 or 1b*	
generlac oral 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lactulose encephalopathy oral solution	1 or 1b*	
***LIVE FECAL MICROBIOTA (HUMAN)** - DRUGS FOR THE STOMACH**		
REBYOTA RECTAL SUSPENSION (***fecal microbiota, live-jslm***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 1 lifetime)
VOWST ORAL CAPSULE (***fecal microb spores, live-brpk***)	3	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)
PEROXISOME PROLIFERATOR-ACTIVATED RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
IQIRVO ORAL TABLET (***elafibranor***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
LIVDELZI ORAL CAPSULE (***seladelpar lysine***)	3	PA; LD; QL (1 capsule 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)
ferric citrate oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 1 day)
FOSRENOL ORAL PACKET (***lanthanum carbonate***)	3	ST; QL (3 stick packs per 1 day)
FOSRENOL ORAL TABLET CHEWABLE (***lanthanum carbonate***)	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
lanthanum carbonate oral tablet chewable	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 0.8 GM (***sevelamer carbonate***)	3	ST; QL (6 packets per 1 day)
RENVELA ORAL PACKET 2.4 GM (***sevelamer carbonate***)	3	ST; QL (3 packets per 1 day)
RENVELA ORAL TABLET (***sevelamer carbonate***)	3	ST; QL (9 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)
SPHINGOSINE 1-PHOSPHATE (S1P) RECEPTOR MODULATORS (GI) - DRUGS FOR IRRITABLE BOWEL SYNDROME**		
VELSIPITY ORAL TABLET (***etrasimod arginine***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRYPTOPHAN HYDROXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR DIARRHEA**		
XERMELO ORAL TABLET (***telotristat etiprate***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
TUMOR NECROSIS FACTOR ALPHA BLOCKERS - DRUGS FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASE**		
AVSOLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab-axxq***)	3	PA; LD; SP
CIMZIA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***certolizumab pegol***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
CIMZIA SUBCUTANEOUS KIT (***certolizumab pegol***)	3	PA; LD; QL (1 package per 28 days); SP
CIMZIA-STARTER SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***certolizumab pegol***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
INFLECTRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab-dyyb***)	3	PA; LD; SP
INFLIXIMAB INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab***)	3	PA; LD; SP
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***infliximab-abda***)	3	PA; LD; SP
ZYMFENTRA (1 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***infliximab-dyyb***)	3	PA; LD; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (***infliximab-dyyb***)	3	PA; LD; QL (1 pen per 14 days); SP
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***infliximab-dyyb***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 14 days); SP
***GENERAL ANESTHETICS* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER**		
ANESTHETICS - MISC. - DRUGS FOR SEDATION**		
AMIDATE INTRAVENOUS SOLUTION (***etomidate***)	3	
ANESTHESIA S/I-40A INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40H INTRAVENOUS KIT	3	
ANESTHESIA S/I-40S INTRAVENOUS KIT	3	
DIPRIVAN INTRAVENOUS EMULSION (***propofol***)	3	
etomidate intravenous solution	1 or 1b*	
fresenius propoven intravenous emulsion	1 or 1b*	
KETALAR INJECTION SOLUTION (***ketamine hcl***)	3	
ketamine hcl injection solution 50 mg/ml	1 or 1b*	
ketamine hcl injection solution prefilled syringe 25 mg/ml	3	
propofol intravenous emulsion	1 or 1b*	
BARBITURATE ANESTHETICS - DRUGS FOR SEDATION**		
BREVITAL SODIUM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***methohexital sodium***)	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
methohexital sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
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**		
AVODART ORAL CAPSULE (***dutasteride***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
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)
RAPAFLO ORAL CAPSULE (***silodosin***)	3	QL (1 capsule 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)
UROXATRAL ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***alfuzosin hcl***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
ANTI-INFECTIVE GENITOURINARY IRRIGANTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
neomycin-polymyxin b gu irrigation solution	1 or 1b*	
CITRATES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
potassium citrate er oral tablet extended release	1 or 1b*	
UROCIT-K 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***potassium citrate***)	3	
UROCIT-K 15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***potassium citrate***)	3	
CYSTINOSIS AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
CYSTAGON ORAL CAPSULE (***cysteamine bitartrate***)	3	PA; LD; SP
PROCYSBI ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***cysteamine bitartrate***)	3	PA; LD
PROCYSBI ORAL PACKET (***cysteamine bitartrate***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
IGAN AGENTS - ENDOTHELIN RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
VANRAFIA ORAL TABLET (***atrasentan hcl***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
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)
ENTADFI ORAL CAPSULE (***finasteride-tadalafil***)	3	PA; QL (1 capsule per 1 day)
JALYN ORAL CAPSULE (***dutasteride-tamsulosin hcl***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
SMALL INTERFERING RIBONUCLEIC ACID AGENTS (SIRNA) - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
OXLUMO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lumasiran sodium***)	3	PA; LD
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***nedosiran sodium***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 30 days); SP
RIVFLOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***nedosiran sodium***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 30 days); SP
URINARY STONE AGENTS - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
LITHOSTAT ORAL TABLET (***acetohydroxamic acid***)	3	
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG (***tiopronin***)	3	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
THIOLA EC ORAL TABLET DELAYED RELEASE 300 MG (***tiopronin***)	3	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THIOLA ORAL TABLET (***tiopronin***)	3	PA; LD; QL (10 tablet per 1 day)
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)
tiopronin (Venxxiva Oral Tablet Delayed Release)	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablet per 1 day)
***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 200 mg	3	PA; QL (4 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 capsule	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
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	ST; QL (300 mL per 30 days)
KRYSTEXXA INTRAVENOUS SOLUTION (***pegloticase***)	3	PA; LD; QL (0.08 mL per 1 day); SP
MITIGARE ORAL CAPSULE (***colchicine***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
ULORIC ORAL TABLET (***febuxostat***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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	3	PA; LD
AMINOLEVULINATE SYNTHASE 1-DIRECTED SIRNA - DRUGS FOR THE BLOOD**		
GIVLAARI SUBCUTANEOUS SOLUTION (***givosiran sodium***)	3	PA; LD
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - ANTITHROMBIN-DIRECTED SIRNA - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***fitusiran sodium***)	3	PA
QFITLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***fitusiran sodium***)	3	PA
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ALHEMO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR (***concizumab-mtci***)	3	PA; SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HEMLIBRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***emicizumab-kxwh***)	3	PA; LD; SP
HYMPAVZI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***marstacimab-hncq***)	3	PA; SP
ANTIHEMOPHILIC PRODUCTS - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ADVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil factor (rahf-pfm)***)	3	PA; LD; SP
ADYNOVATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
AFSTYLA INTRAVENOUS KIT (***antihemophil fact single chain***)	3	PA; LD; SP
ALPHANATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor-vwf***)	3	PA; LD; SP
ALPHANINE SD INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix***)	3	PA; LD; SP
ALPROLIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (rfixfc)***)	3	PA; LD; SP
ALTUVIIIO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact fc-vwf-xten-ehtl***)	3	PA; LD; SP
BALFAXAR INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***prothrombin complex human-lans***)	3	
BENEFIX INTRAVENOUS KIT (***coagulation factor ix (recomb)***)	3	PA; LD; SP
COAGADEX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor x (human)***)	3	PA; LD; SP
CORIFACT INTRAVENOUS KIT (***factor xiii concentrate human***)	3	PA; LD; SP
ELOCTATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact (bdd-rfviiifc)***)	3	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 1500 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT, 500 UNIT (***antihemoph fact rcmb gpeg-exei***)	3	PA; LD; SP
ESPEROCT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4000 UNIT (***antihemoph fact rcmb gpeg-exei***)	3	PA; SP
FEIBA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antiinhibitor coagulant cmplx***)	3	PA; LD; SP
FIBRYGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fibrinogen concentrate (human)***)	3	PA; LD; SP
HEMOFIL M INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	3	PA; LD; SP
HUMATE-P INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor-vwf***)	3	PA; LD; SP
IDELVION INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (rix-fp)***)	3	PA; LD; SP
IXINITY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix (recomb)***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 UNIT, 2000 UNIT, 3000 UNIT, 500 UNIT (***ahf (bdd-rfviii peg-aucl)***)	3	PA; LD; SP
JIVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4000 UNIT (***ahf (bdd-rfviii peg-aucl)***)	3	PA; SP
KCENTRA INTRAVENOUS KIT (***prothrombin complex conc human***)	3	
KOATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	3	PA; LD; SP
KOATE-DVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophilic factor***)	3	PA; LD; SP
KOGENATE FS INTRAVENOUS KIT (***antihem factor recomb (rfviii)***)	3	PA; LD; SP
KOVALTRY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil factor (rahf-pfm)***)	3	PA; LD; SP
NOVOEIGHT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihemophil fact bd truncated***)	3	PA; LD; SP
NOVOSEVEN RT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor viia recomb***)	3	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,sim)***)	3	PA; LD; SP
NUWIQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem fact (bdd-rfviii,sim)***)	3	PA; LD; SP
obizur intravenous solution reconstituted	3	PA; LD; SP
PROFILNINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***factor ix complex***)	3	PA; LD; SP
REBINYN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor ix glycopeg***)	3	PA; LD; SP
RECOMBINATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***antihem factor recomb (rfviii)***)	3	PA; LD; SP
RIASTAP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***fibrinogen concentrate (human)***)	3	PA; LD; SP
RIXUBIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG, 5 MG (***coagulation factor viia-jncw***)	3	PA; LD; SP
SEVENFACT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2 MG (***coagulation factor viia-jncw***)	3	PA; SP
TRETTEN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***coagulation factor xiii a-sub***)	3	PA; LD; SP
VONVENDI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***von willebrand factor (recomb)***)	3	PA; LD; SP
WILATE INTRAVENOUS KIT (***antihemophilic factor-vwf***)	3	PA; LD; SP
XYNTHA INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,mor)***)	3	PA; LD; SP
XYNTHA SOLOFUSE INTRAVENOUS KIT (***antihem fact (bdd-rfviii,mor)***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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***)	3	PA; LD
BRADYKININ B2 RECEPTOR ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***icatibant acetate***)	3	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days); SP
sajazir subcutaneous solution prefilled syringe	1 or 1b*	PA; LD; QL (18 syringes per 30 days)
C1 ESTERASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BERINERT INTRAVENOUS KIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (24 kits per 30 days); SP
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (20 vials per 30 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (24 vials per 28 days); SP
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT (***c1 esterase inhibitor (human)***)	3	PA; LD; QL (16 vials per 28 days); SP
RUCONEST INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***c1 esterase inhibitor (recomb)***)	3	PA; LD; QL (16 vials per 30 days); SP
COMPLEMENT C1 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ENJAYMO INTRAVENOUS SOLUTION (***sutimlimab-jome***)	3	PA; LD; QL (6 vials per 2 weeks); SP
COMPLEMENT C3 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
EMPAVELI SUBCUTANEOUS SOLUTION (***pegcetacoplan***)	3	PA; LD; QL (200 mL per 30 days)
COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
BKEMV INTRAVENOUS SOLUTION (***eculizumab-aeeb***)	3	PA; QL (8 vials per 28 days); SP
EPYSQLI INTRAVENOUS SOLUTION (***eculizumab-aagh***)	3	PA; QL (8 vials per 28 days); SP
PIASKY INJECTION SOLUTION (***crovalimab-akkz***)	3	PA; LD; QL (3 vials per 28 days); SP
SOLIRIS INTRAVENOUS SOLUTION (***eculizumab***)	3	PA; LD; QL (8 vials per 28 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 1100 MG/11ML (***ravulizumab-cwvz***)	3	PA; LD; QL (3 vials per 56 days); SP
ULTOMIRIS INTRAVENOUS SOLUTION 300 MG/3ML (***ravulizumab-cwvz***)	3	PA; LD; QL (12 vials per 56 days); SP
VEOPOZ INJECTION SOLUTION (***pozelimab-bbfg***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 1 week)
ZILBRYSQ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***zilucoplan sodium***)	3	PA; LD; QL (1 syringe 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMPLEMENT C5A INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
gohibic intravenous solution	3	
COMPLEMENT C5A RECEPTOR INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAVNEOS ORAL CAPSULE (***avacopan***)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR B INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
FABHALTA ORAL CAPSULE (***iptacopan hcl***)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day)
COMPLEMENT FACTOR D INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
VOYDEYA ORAL TABLET (***danicopan***)	3	PA; LD; QL (6 tablets per 1 day)
VOYDEYA ORAL TABLET THERAPY PACK (***danicopan***)	3	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	
ticagrelor oral tablet	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
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)***)	3	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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***lanadelumab-flyo***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***lanadelumab-flyo***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
KALBITOR SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ecallantide***)	3	PA; LD; QL (36 vials per 30 days); SP
ORLADEYO ORAL CAPSULE (***berotralstat hcl***)	3	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***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***mitapivat sulfate***)	3	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***)	3	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)
EFFIENT ORAL TABLET (***prasugrel hcl***)	3	QL (1 tablet per 1 day)
PLAVIX ORAL TABLET (***clopidogrel bisulfate***)	3	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***)	3	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***)	3	PA; LD; SP
ELELYSO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***taliglucerase alfa***)	3	PA; LD; SP
miglustat oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***velaglucerase alfa***)	3	PA; LD; SP
miglustat (Yargesa Oral Capsule)	1 or 1b*	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ZAVESCA ORAL CAPSULE (***miglustat***)	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
AMINO ACIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ENDARI ORAL PACKET (***glutamine (sickle cell)***)	3	PA; LD; SP
l-glutamine oral packet	1 or 1b*	PA; LD; SP
COBALAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	1 or 1a*	
cyanocobalamin nasal solution	3	
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution	1 or 1b*	
NASCOBAL NASAL SOLUTION (***cyanocobalamin***)	3	
CXCR4 RECEPTOR ANTAGONIST - DRUGS FOR NUTRITION**		
APHEXDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***motixafortide acetate***)	3	PA; LD
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION (***plerixafor***)	3	PA; LD; SP
plerixafor subcutaneous solution	1 or 1b*	PA; LD; SP
XOLREMDI ORAL CAPSULE (***mavorixafor***)	3	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
XROMI ORAL SOLUTION (***hydroxyurea***)	3	PA
ERYTHROID MATURATION AGENTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
REBLOZYL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***luspatercept-aamt***)	3	PA; LD; SP
ERYTHROPOIESIS-STIMULATING AGENTS (ESAS) - DRUGS FOR NUTRITION**		
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION (***darbepoetin alfa***)	3	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***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 28 days); SP
ARANESP (ALBUMIN FREE) INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML (***darbepoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (4 syringes per 30 days); SP
EPOGEN INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
MIRCERA INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***methoxy peg-epoetin beta***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 28 days); SP
RETACRIT INJECTION SOLUTION (***epoetin alfa-epbx***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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	
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**		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-jmdb***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
FYLNETRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-pbbk***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION (***tbo-filgrastim***)	3	PA; LD; SP
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***tbo-filgrastim***)	3	PA; LD; SP
NEULASTA ONPRO SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT (***pegfilgrastim***)	3	PA; LD; QL (2 injectors/kits per 28 days); SP
NEULASTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION (***filgrastim***)	3	PA; LD; SP
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***filgrastim***)	3	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION (***filgrastim-aafi***)	3	PA; LD; SP
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***filgrastim-aafi***)	3	PA; LD; SP
NYPOZI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***filgrastim-txid***)	3	PA; SP
NYVEPRIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-apgf***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
RELEUKO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ROLVEDON SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***eflapegrastim-xnst***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
RYZNEUTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***efbemalenograstim alfa-vuxw***)	3	PA; QL (2 syringes per 28 days)
STIMUFEND SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-fpgk***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA ONBODY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-cbqv***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***pegfilgrastim-cbqv***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
UDENYCA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-cbqv***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***filgrastim-sndz***)	3	PA; LD; SP
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***pegfilgrastim-bmez***)	3	PA; LD; QL (2 injections per 28 days); SP
GRANULOCYTE/MACROPHAGE COLONY-STIMULATING FACTOR(GM-CSF) - DRUGS FOR NUTRITION**		
LEUKINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***sargramostim***)	3	PA; LD; SP
HYPOXIA-INDUCIBLE FACTOR PROLYL HYDROXYLASE INHIBITORS - DRUGS FOR NUTRITION**		
VAFSEO ORAL TABLET 150 MG (***vadadustat***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
VAFSEO ORAL TABLET 300 MG (***vadadustat***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day)
IRON COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
NIFEREX ORAL TABLET (***iron combinations***)	3	
IRON - DRUGS FOR NUTRITION**		
ACCRUFER ORAL CAPSULE (***ferric maltol***)	3	
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION (***ferumoxytol***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION (***na ferric gluc cplx in sucrose***)	3	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
ferumoxytol intravenous solution	3	PA; LD; QL (2 vials per 6 days); SP
INFED INJECTION SOLUTION (***iron dextran***)	3	PA; LD; SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/2ML (***ferric carboxymaltose***)	3	LD; SP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML (***ferric carboxymaltose***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 14 days); SP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION (***ferric derisomaltose***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 1 day); SP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution	1 or 1b*	PA; LD; QL (16 vials per 8 weekss); SP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION (***iron sucrose***)	3	PA; LD; QL (15 mL per 84 days); SP
SELECTIN BLOCKERS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ADAKVEO INTRAVENOUS SOLUTION (***crizanlizumab-tmca***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
THROMBOPOIETIN (TPO) RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 9 MG (***eltrombopag choline***)	3	PA; LD; DO; SP
ALVAIZ ORAL TABLET 36 MG, 54 MG (***eltrombopag choline***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
DOPTELET ORAL TABLET (***avatrombopag maleate***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
eltrombopag olamine oral packet 12.5 mg	1 or 1b*	PA; LD; DO; SP
eltrombopag olamine oral packet 25 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
eltrombopag olamine oral tablet 12.5 mg, 25 mg	1 or 1b*	PA; LD; DO; SP
eltrombopag olamine oral tablet 50 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
eltrombopag olamine oral tablet 75 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MULPLETA ORAL TABLET (***lusutrombopag***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
NPLATE SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***romiplostim***)	3	PA; LD; SP
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG (***eltrombopag olamine***)	3	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG (***eltrombopag olamine***)	3	PA; LD; QL (3 dose-packs per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG (***eltrombopag olamine***)	3	PA; LD; DO; SP
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG (***eltrombopag olamine***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG (***eltrombopag olamine***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
***HEMOSTATICS* - DRUGS FOR THE BLOOD**		
HEMOSTATIC COMBINATIONS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ARTISS EXTERNAL KIT (***fibrin sealant component***)	3	
ARTISS EXTERNAL SOLUTION (***fibrin sealant component***)	3	
THROMBI-GEL 10 EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl-gelatin***)	3	
THROMBI-GEL 100 EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl-gelatin***)	3	
THROMBI-GEL 40 EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl-gelatin***)	3	
THROMBI-PAD EXTERNAL PAD (***thrombin-cmc-cacl***)	3	
TISSEEL EXTERNAL KIT (***fibrin sealant component***)	3	
TISSEEL EXTERNAL SOLUTION (***fibrin sealant component***)	3	
HEMOSTATICS - SYSTEMIC - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
aminocaproic acid intravenous solution	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral solution	1 or 1b*	QL (120 mL per 1 day)
aminocaproic acid oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	
aminocaproic acid oral tablet 500 mg	1 or 1b*	QL (60 tablets per 1 day)
CYKLOKAPRON INTRAVENOUS SOLUTION (***tranexamic acid***)	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tranexamic acid intravenous solution	1 or 1b*	
tranexamic acid oral tablet	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
TRANEXAMIC ACID-NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
HEMOSTATICS - TOPICAL - DRUGS TO PREVENT BLEEDING**		
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE EXTERNAL (***absorbable collagen hemostat***)	3	
AVITENE EXTERNAL PAD (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
AVITENE FLOUR EXTERNAL POWDER (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ENDO AVITENE EXTERNAL (***absorbable collagen hemostat***)	3	
GELFILM EXTERNAL FILM (***gelatin absorbable***)	3	
GEL-FLOW NT EXTERNAL PREFILLED SYRINGE (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM MOUTH/THROAT POWDER (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 100 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 200 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
GELFOAM SPONGE SIZE 50 EXTERNAL (***gelatin absorbable***)	3	
INSTAT EXTERNAL PAD (***absorbable collagen hemostat***)	3	
INTERCEED (TC7) EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
INTERCEED EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
RECOTHROM EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***thrombin (recombinant)***)	3	
RECOTHROM SPRAY KIT EXTERNAL SOLUTION RECONSTITUTED (***thrombin (recombinant)***)	3	
SURGICEL FIBRILLAR EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL NU-KNIT EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL SNOW 1"X2" EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL SNOW 2"X4" EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SURGICEL SNOW 4"X4" EXTERNAL PAD (***oxidized cellulose***)	3	
SYRINGE AVITENE EXTERNAL (***absorbable collagen hemostat***)	3	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM EXTERNAL (***microfibrillar coll hemostat***)	3	
***HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
BARBITURATE HYPNOTICS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
pentobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
phenobarbital oral elixir	1 or 1b*	QL (100 mL per 1 day)
phenobarbital oral tablet 100 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
phenobarbital oral tablet 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg	1 or 1b*	DO
phenobarbital sodium injection solution	1 or 1b*	
SEZABY INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***phenobarbital sodium***)	3	
BENZODIAZEPINE HYPNOTICS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
BYFAVO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***remimazolam besylate***)	3	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) +rfid injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
midazolam hcl injection solution 10 mg/10ml, 10 mg/2ml, 25 mg/5ml, 5 mg/ml, 50 mg/10ml	1 or 1b*	
midazolam hcl oral syrup	1 or 1b*	QL (10 mL per 1 fill)
midazolam-sodium chloride (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
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)
SILENOR ORAL TABLET (***doxepin hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NON-BENZODIAZEPINE - GABA-RECEPTOR MODULATORS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
AMBIEN CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***zolpidem tartrate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
AMBIEN ORAL TABLET (***zolpidem tartrate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
EDLUAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***zolpidem tartrate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
eszopiclone oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (***eszopiclone***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
LUNESTA ORAL TABLET 3 MG (***eszopiclone***)	3	ST; 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 capsule	3	ST; QL (1 capsule 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**		
BELSOMRA ORAL TABLET (***suvorexant***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
DAYVIGO ORAL TABLET (***lemborexant***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
QUVIVIQ ORAL TABLET (***daridorexant hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
SELECTIVE ALPHA2-ADRENORECEPTOR AGONIST SEDATIVES - DRUGS FOR INSOMNIA**		
dexmedetomidine hcl in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MCG/10ML, 400 MCG/4ML	3	
dexmedetomidine hcl intravenous solution 200 mcg/2ml	1 or 1b*	
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
IGALMI SUBLINGUAL FILM (***dexmedetomidine hcl***)	3	PA; QL (20 films per 30 days)
PRECEDEX INTRAVENOUS SOLUTION (***dexmedetomidine hcl in nacl***)	3	
SELECTIVE MELATONIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR INSOMNIA**		
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION (***tasimelteon***)	3	PA; LD; QL (5 mL per 1 day)
HETLIOZ ORAL CAPSULE (***tasimelteon***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day)
ramelteon oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
ROZEREM ORAL TABLET (***ramelteon***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
tasimelteon oral capsule	1 or 1b*	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
SUFLAVE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED (***peg 3350-kcl-nacl-nasulf-mgsul***)	3	QL (2 kits per 30 days)
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION (***na sulfate-k sulfate-mg sulf***)	3	QL (1 kit 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*	
cvs purelax oral packet	1 or 1b*; $0	
cvs purelax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
eq laxative oral packet	1 or 1b*; $0	
eql clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
ft clearlax oral powder	1 or 1b*; $0	
gavilax oral powder	1 or 1b*; $0	
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	
kls laxaclear oral powder	1 or 1b*; $0	
KRISTALOSE ORAL PACKET (***lactulose***)	1 or 1b*	ST; QL (2 packets per 1 day)
LACTULOSE ORAL PACKET 10 GM	1 or 1b*	ST; QL (2 packets per 1 day)
lactulose oral packet 20 gm	1 or 1b*	ST; QL (2 packets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
lactulose oral solution	1 or 1b*	
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	
smooth lax oral packet	1 or 1b*; $0	
smooth lax oral powder	1 or 1b*; $0	
true laxative oral powder	1 or 1b*; $0	
LUBRICANT LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
mineral oil heavy oral oil	1 or 1b*	
SALINE LAXATIVES - DRUGS TO PREVENT CONSTIPATION**		
citrate of magnesia oral solution	1 or 1a*; $0	
citroma oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
cvs milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
dulcolax oral suspension	1 or 1b*; $0	
eq magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
eql magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE ORAL SOLUTION (***magnesium citrate***)	1 or 1a*; $0	
ft magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
ft milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
gentle laxative oral suspension	1 or 1b*; $0	
gnp magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
gnp milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
goodsense magnesium citrate oral solution	1 or 1a*; $0	
goodsense milk of magnesia oral suspension	1 or 1b*; $0	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	
cvs c-lax laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
cvs gentle laxative womens oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eq gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
eql laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
ex-lax ultra oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
FLEET STIMULANT ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***bisacodyl***)	1 or 1a*; $0	
ft laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release	1 or 1a*; $0	
kp bisacodyl 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	
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
bupivacaine-epinephrine injection solution 0.5% -1:200000	3	
lidocaine-epinephrine (pf) injection solution	1 or 1b*	
lidocaine-epinephrine injection solution 0.5 %-1:200000, 2 %-1:100000	1 or 1b*	
MARCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (***bupivacaine-epinephrine***)	3	
MARCAINE/EPINEPHRINE PF INJECTION SOLUTION (***bupivacaine-epinephrine***)	3	
ORABLOC INJECTION SOLUTION CARTRIDGE (***articaine-epinephrine***)	3	
sensorcaine/epinephrine injection solution	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.25% -1:200000	1 or 1b*	
sensorcaine-mpf/epinephrine injection solution 0.5% -1:200000	3	
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION 0.75-1:200000 % (***bupivacaine-epinephrine***)	3	
XYLOCAINE/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (***lidocaine-epinephrine***)	3	
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION (***lidocaine-epinephrine***)	3	
LOCAL ANESTHETICS - AMIDES - DRUGS FOR SEDATION**		
BUPIVACAINE FISIOPHARMA INJECTION SOLUTION	3	
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*	
ROPIVACAINE HCL INJECTION SOLUTION 2 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 +RFID INJECTION SOLUTION (***lidocaine hcl***)	3	
XYLOCAINE-MPF +RFID INJECTION SOLUTION (***lidocaine hcl***)	3	
XYLOCAINE-MPF INJECTION SOLUTION (***lidocaine 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LOCAL ANESTHETICS - ESTERS - DRUGS FOR SEDATION**		
chloroprocaine hcl (pf) injection solution	1 or 1b*	
NESACAINE INJECTION SOLUTION (***chloroprocaine hcl***)	3	
NESACAINE-MPF INJECTION SOLUTION (***chloroprocaine hcl***)	3	
***MACROLIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AZITHROMYCIN - ANTIBIOTICS**		
azithromycin intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
azithromycin oral tablet	1 or 1b*	
ZITHROMAX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX ORAL PACKET (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX ORAL TABLET (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX TRI-PAK ORAL TABLET (***azithromycin***)	3	
ZITHROMAX Z-PAK ORAL TABLET (***azithromycin***)	3	
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*	
E.E.S. GRANULES ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***erythromycin ethylsuccinate***)	3	
ERYPED 400 ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***erythromycin ethylsuccinate***)	3	
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CERVICAL CAPS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (***cervical caps***)	2; $0	
CONDOMS - FEMALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FC2 FEMALE CONDOM (***condoms - female***)	2; $0	QL (12 units per 1 fill)
CONDOMS - MALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
aimsco lubricated	2; $0	
condoms	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
DUREX REALFEEL DEVICE (***condoms non-latex lubricated***)	2; $0	
DUREX TROPICAL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED DEVICE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN-ENZ LUBRICATED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
true cover device	2; $0	
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
TRUSTEX LUBRICATED (***condoms latex lubricated***)	2; $0	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ADVOCATE SAFETY LANCETS 28G (***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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS ORIGINAL	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS THIN 26G	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)
DROPSAFE ACTI-LANCE 23G (***lancets***)	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)
EASY TOUCH LANCETS 32G (***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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER (***continuous glucose sensor***)	3	QL (1 sensor per 1 year)
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT (***continuous glucose transmitter***)	3	PA; QL (1 transmitter per 1 year)
EVERSENSE SENSOR/HOLDER (***continuous glucose sensor***)	3	PA
EVERSENSE SMART TRANSMITTER (***continuous glucose transmitter***)	3	PA; QL (1 unit per 365 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)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
h-e-b incontrol adv lancing	2	
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
HYPOLANCE AST LANCING KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
HY-VEE LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HY-VEE THIN LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
IHEALTH LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
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 SUPER THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
KROGER LANCETS THIN	2	QL (204 lancets per 30 days)
lancet device	2	
lancet device with ejector	2	
LANCETS	2	QL (204 lancets per 30 days)
LANCETS 28G THIN	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)
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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LIVE BETTER LANCET SUPER 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 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)
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)
mobile lancets 30g	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLET OPD LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
MONOLETTOR SAFETY LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
multi-lancet device	2	
MULTI-LANCET DEVICE 2 KIT (***lancets misc.***)	2	QL (200 units per 30 days)
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (***lancet devices***)	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
PIP LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
PIP LANCETS 30G	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)
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 ULTRA THIN LANCETS 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
SIMPLERA SENSOR (***continuous glucose sensor***)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
SIMPLERA SYNC SENSOR (***continuous glucose sensor***)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
SIMPLERA SYSTEM (***continuous glucose sensor***)	3	PA; QL (1 kit per 1 year)
SINGLE-LET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
SMART DIABETES VANTAGE LANCING (***lancet devices***)	2	
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)
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)
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
UNISTIK 3 NORMAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK CZT COMFORT (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK CZT NORMAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK NORMAL (***lancets***)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK PRO SAFETY LANCET (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G (***lancets***)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
INSULIN ADMINISTRATION SUPPLIES - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 4 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 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)
TWIIST REFILL KIT KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 30 days)
TWIIST REFILL KIT/INFUSION SET KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 30 days)
TWIIST STARTER KIT KIT (***insulin disposable pump***)	2	PA; QL (1 kit per 1 one-time fill)
V-GO 20 KIT (***insulin disposable pump***)	3	PA
V-GO 30 KIT (***insulin disposable pump***)	3	PA
V-GO 40 KIT (***insulin disposable pump***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	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 INS SYR ULTRAFINE 1/2UNIT (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 syringes 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-500 (***insulin syringe/needle u-500***)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 syringes per 30 days)
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE (***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 MINI ULTRAFINE (***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 ULTRAFINE (***insulin pen needle***)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE (***insulin pen needle***)	2	QL (200 needles per 30 days)
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE (***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 SYR ULTRAFINE (***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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 28G X 5/16" 1 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 29G X 5/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	QL (200 syringes per 30 days)
CARETOUCH PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
CEQUR SIMPLICITY 2U DEVICE (***injection device for insulin***)	3	PA
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 29G X 12MM , 33G X 4 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML, 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML, 30G X 5/16" 0.3 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 30G X 5/16" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 15/64" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	QL (200 syringes per 30 days)
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 30G X 8 MM , 31G X 4 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES 31G X 5 MM (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DIATHRIVE PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 15/64" 0.5 ML, 30G X 5/16" 0.5 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	QL (200 syringes per 30 days)
DROPLET INSULIN SYRINGE 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" 1 ML, 31G X 1/4" 0.3 ML, 31G X 1/4" 0.5 ML, 31G X 1/4" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	ST; 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 31G X 5 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 31G X 6 MM , 31G X 8 MM	3	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
easy comfort insulin syringe 29g x 5/16" 0.5 ml, 29g x 5/16" 1 ml, 31g x 1/2" 0.3 ml, 31g x 5/16" 0.3 ml	3	ST; QL (200 syringes 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 pen needles 29g x 4mm , 29g x 5mm	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 32G X 4 MM , 33G X 4 MM , 33G X 5 MM , 33G X 6 MM	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	3	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 BARRELS (***insulin syringes (disposable)***)	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)
EMBECTA AUTOSHIELD DUO (***insulin pen needle***)	2	QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 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" 0.5 ML, 31G X 5/16" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 31G X 5/16" 0.3 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 (***insulin syringe-needle u-100***)	2	QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 (***insulin syringe/needle u-500***)	2	QL (200 syringes per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO (***insulin pen needle***)	2	QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN (***insulin pen needle***)	2	QL (200 needles per 30 days)
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE (***insulin pen needle***)	2	QL (200 needles per 30 days)
EMBRACE PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 0.5 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLOBAL INSULIN SYRINGES	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.3 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)
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 1/2" 1 ML (***insulin syringe-needle u-100***)	3	QL (200 syringes 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 pen needles	3	ST; QL (200 needles 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)
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE	3	QL (200 syringes per 30 days)
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES	3	QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 5 MM	3	QL (200 needles per 30 days)
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 31G X 8 MM	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 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
KINRAY INSULIN SYRINGE	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
KROGER PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles 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)
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)
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)
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 UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
pure comfort safety pen needle	3	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)
QC PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QC UNIFINE PENTIPS	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	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 28G X 1/2" 0.5 ML, 28G X 1/2" 1 ML	3	QL (200 syringes per 30 days)
REALITY INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML	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 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 30G X 1/2" 1 ML, 31G X 15/64" 0.3 ML, 31G X 15/64" 1 ML, 31G X 5/16" 0.3 ML, 31G X 5/16" 1 ML	3	ST; QL (200 syringes per 30 days)
TECHLITE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.5 ML, 31G X 5/16" 0.5 ML	3	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 4 MM , 32G X 6 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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	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)
true comfort safety 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 29G X 12.7MM (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES 31G X 5 MM , 31G X 6 MM , 31G X 8 MM , 32G X 4 MM (***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)
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	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 OTC PEN NEEDLES (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PENTIPS PLUS (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 5 MM (***insulin pen needle***)	3	QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 30G X 8 MM , 32G X 4 MM (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE (***insulin pen needle***)	3	ST; QL (200 needles per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)
ZAVZPRET NASAL SOLUTION (***zavegepant hcl***)	3	ST; QL (8 devices 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)
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)
VYEPTI INTRAVENOUS SOLUTION (***eptinezumab-jjmr***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 3 monthss)
ERGOT COMBINATIONS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
ergotamine-caffeine oral tablet	1 or 1b*	
migergot rectal suppository	1 or 1b*	
MIGRAINE PRODUCTS - CYCLOOXYGENASE 2 (COX-2) INHIBITORS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
ELYXYB ORAL SOLUTION (***celecoxib (migraine)***)	3	ST; QL (43.2 mL per 30 days)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
MIGRAINE PRODUCTS - NSAIDS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
CAMBIA ORAL PACKET (***diclofenac potassium(migraine)***)	3	ST; QL (9 packets per 30 days)
diclofenac potassium(migraine) oral packet	3	ST; QL (9 packets per 30 days)
MIGRAINE PRODUCTS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
dihydroergotamine mesylate injection solution	1 or 1b*	PA; QL (24 mL per 28 days)
dihydroergotamine mesylate nasal solution	3	ST; QL (8 mL per 28 days)
ERGOMAR SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL (***ergotamine tartrate***)	3	ST; QL (20 tablets per 30 days)
TRUDHESA NASAL AEROSOL SOLUTION (***dihydroergotamine mesylate hfa***)	3	ST; QL (2 kits per 28 days)
SELECTIVE SEROTONIN AGONIST-NSAID COMBINATIONS - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
sumatriptan-naproxen sodium oral tablet	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
SYMBRAVO ORAL TABLET (***meloxicam-rizatriptan***)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
TREXIMET ORAL TABLET (***sumatriptan-naproxen sodium***)	3	ST; QL (9 tablets per 30 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)
FROVA ORAL TABLET (***frovatriptan succinate***)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
frovatriptan succinate oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX ORAL TABLET (***sumatriptan succinate***)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
IMITREX STATDOSE REFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE (***sumatriptan succinate***)	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5ML (***sumatriptan succinate***)	3	ST; QL (6 syringes (2 ML) per 30 days)
IMITREX STATDOSE SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML (***sumatriptan succinate***)	3	ST; QL (6 cartridges per 30 days)
MAXALT ORAL TABLET (***rizatriptan benzoate***)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
MAXALT-MLT ORAL TABLET DISPERSIBLE (***rizatriptan benzoate***)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
naratriptan hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (9 tablets per 30 days)
ONZETRA XSAIL NASAL EXHALER POWDER (***sumatriptan succinate***)	3	ST; QL (1 kit per 30 days)
RELPAX ORAL TABLET (***eletriptan hydrobromide***)	3	ST; 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
TOSYMRA NASAL SOLUTION (***sumatriptan***)	3	ST; QL (12 units per 30 days)
ZEMBRACE SYMTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***sumatriptan succinate***)	3	ST; QL (8 syringes 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)
ZOMIG NASAL SOLUTION (***zolmitriptan***)	3	ST; QL (6 nasal inhalers per 30 days)
zolmitriptan (Zomig Oral Tablet)	3	ST; QL (9 tablets per 30 days)
SELECTIVE SEROTONIN AGONISTS 5-HT(1F) - DRUGS FOR MIGRAINE HEADACHES**		
REYVOW ORAL TABLET 100 MG (***lasmiditan succinate***)	3	ST; QL (8 tablets per 30 days)
REYVOW ORAL TABLET 50 MG (***lasmiditan succinate***)	3	ST; QL (4 tablets per 30 days)
***MINERALS & ELECTROLYTES* - DRUGS FOR NUTRITION**		
BICARBONATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
SODIUM ACETATE INTRAVENOUS SOLUTION 2 MEQ/ML	3	
sodium acetate intravenous solution 4 meq/ml	1 or 1b*	
sodium bicarbonate intravenous solution 4.2 %, 7.5 %	1 or 1b*	
THAM INTRAVENOUS SOLUTION (***tromethamine***)	3	
CALCIUM COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 1-0.675 GM/50ML-%, 1-0.8 GM/100ML-%, 2-0.675 GM/100ML-%	3	
CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
CALCIUM GLUCONATE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ELECTROLYTES & DEXTROSE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 INTRAVENOUS SOLUTION	3	
dextrose in lactated ringers intravenous solution	1 or 1b*	
dextrose-nacl intravenous solution	3	
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION 10-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	3	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	1 or 1b*	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %	3	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-mb in dextrose***)	3	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-p in dextrose***)	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	1 or 1b*	
KCL IN DEXTROSE-NACL INTRAVENOUS SOLUTION 20-5-0.225 MEQ/L-%-%, 40-5-0.9 MEQ/L-%-%	3	
KCL-LACTATED RINGERS-D5W INTRAVENOUS SOLUTION	3	
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-m in dextrose***)	3	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-r in dextrose***)	3	
potassium cl in dextrose 5% intravenous solution	1 or 1b*	
ELECTROLYTES PARENTERAL - DRUGS FOR NUTRITION**		
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-s***)	3	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-s (ph 7.4)***)	3	
KCL (0.149%) IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION 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	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-r (ph 7.4)***)	3	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION (***electrolyte-148***)	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	ST
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
potassium phosphates-nacl intravenous solution 30 mmol/500ml	3	
sodium phosphates intravenous solution	1 or 1b*	
wes-phos 250 neutral oral tablet	1 or 1b*	
POTASSIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
klor-con 10 oral tablet extended release	1 or 1b*	
klor-con m10 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m15 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m20 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con oral packet	1 or 1b*	
klor-con oral tablet extended release	1 or 1b*	
POKONZA ORAL PACKET (***potassium chloride***)	3	ST
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 0.9 %	3	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	1 or 1b*	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 3 %, 5 %	1 or 1b*	
TRACE MINERAL COMBINATIONS - DRUGS FOR NUTRITION**		
MULTRYS INTRAVENOUS SOLUTION (***trace minerals cu-mn-se-zn***)	3	
THE LIQUILIFT TRACE INTRAVENOUS KIT (***trace minerals cr-cu-mn-se-zn***)	3	
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION (***trace minerals cu-mn-se-zn***)	3	
TRACE MINERALS - DRUGS FOR NUTRITION**		
chromic chloride intravenous solution	3	
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***)	3; 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***)	3	PA; LD; SP
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***belimumab***)	3	PA; LD; QL (4 autoinjectors 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***belimumab***)	3	PA; LD; QL (4 pens per 28 days); SP
CHELATING AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
CUPRIMINE ORAL CAPSULE (***penicillamine***)	3	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
CUVRIOR ORAL TABLET (***trientine tetrahydrochloride***)	3	PA; LD; QL (10 tablets per 1 day)
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET (***penicillamine***)	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
penicillamine oral capsule	3	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
penicillamine oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
SYPRINE ORAL CAPSULE (***trientine hcl***)	3	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
trientine hcl oral capsule 250 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (8 capsules per 1 day); SP
trientine hcl oral capsule 500 mg	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
***COLONY STIMULATING FACTOR-1 RECEPTOR (CSF-1R) ANTIBODIES** - VITAMINS AND MINERALS**		
NIKTIMVO INTRAVENOUS SOLUTION (***axatilimab-csfr***)	3	PA
CONTINUOUS RENAL REPLACEMENT THERAPY (CRRT) SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
PHOXILLUM B22K4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PHOXILLUM BK4/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION	3	
PRISMASOL B22GK 4/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-k (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 0/2.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-ca (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 2/0 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-k (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 2/3.5 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextrose-k-ca (crrt)***)	3	
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 EXTRACORPOREAL SOLUTION (***bicarb-dextose-k-mg (crrt)***)	3	
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	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***)	3	PA; LD; SP
FARNESYLTRANSFERASE INHIBITORS - VITAMINS AND MINERALS**		
ZOKINVY ORAL CAPSULE (***lonafarnib***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day)
IMMUNE GLOBULIN IMMUNOSUPPRESSANTS - VITAMINS AND MINERALS**		
ATGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***lymphocyte,anti-thymo imm glob***)	3	LD; SP
THYMOGLOBULIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***anti-thymocyte glob (rabbit)***)	3	LD; SP
IMMUNOMODULATORS - COMBINATIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***efgartigimod alfa-hyalur-qvfc***)	3	PA; LD; QL (4 vials per 28 days); SP
VYVGART HYTRULO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***efgartigimod alfa-hyalur-qvfc***)	3	PA; QL (4 syringes per 28 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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	PA; LD; SP
IRRIGATION SOLUTIONS - VITAMINS AND MINERALS**		
argyle sterile water irrigation solution	1 or 1b*	
lactated ringers irrigation solution	1 or 1b*	
physiolyte irrigation solution	1 or 1b*	
physiosol irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
ringers irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
sterile water for irrigation irrigation solution	1 or 1b*	
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
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***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
GAMIFANT INTRAVENOUS SOLUTION (***emapalumab-lzsg***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SIMULECT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***basiliximab***)	3	LD
UPLIZNA INTRAVENOUS SOLUTION (***inebilizumab-cdon***)	3	PA; LD; QL (30 mL per 180 days)
NEONATAL FC RECEPTOR (FCRN) ANTAGONISTS - VITAMINS AND MINERALS**		
IMAAVY INTRAVENOUS SOLUTION (***nipocalimab-aahu***)	3	PA; SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 280 MG/2ML (***rozanolixizumab-noli***)	3	PA; LD; QL (18 vials per 63 days); SP
RYSTIGGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 420 MG/3ML, 560 MG/4ML, 840 MG/6ML (***rozanolixizumab-noli***)	3	PA; LD; QL (6 vials per 63 days); SP
VYVGART INTRAVENOUS SOLUTION (***efgartigimod alfa-fcab***)	3	PA; LD; QL (12 vials per 4 weeks); SP
PIK3CA-RELATED OVERGROWTH SPECTRUM AGENTS - PI3K INHIB - VITAMINS AND MINERALS**		
VIJOICE ORAL PACKET (***alpelisib***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG (***alpelisib***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG (***alpelisib***)	3	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)
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
UREMIC PRURITUS AGENTS - VITAMINS AND MINERALS**		
KORSUVA INTRAVENOUS SOLUTION (***difelikefalin acetate***)	3	PA
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
ANESTHETICS TOPICAL ORAL - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT**		
lidocaine hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 1 day)
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	
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE 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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
fluorimax 5000 dental paste	1 or 1b*	
fraiche 5000 dental dental gel	1 or 1b*	QL (100 grams per 30 days)
just right 5000 dental paste	1 or 1b*	
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
B-COMPLEX VITAMINS - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-b12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex plus b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra b-complex with b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin b complex w/b-12 oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitamin-b complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & CALCIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
gnp b-complex plus vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
qc b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
b complex-c-folic acid oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex balanced oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	1 or 1b*; $0	
b-plex 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	
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	
ft b-complex plus 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
super b complex/vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
super b-complex + vitamin c oral tablet	1 or 1b*; $0	
B-COMPLEX W/ C-BIOTIN-E & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ORAL TABLET	2; $0	
B-COMPLEX W/ C-D-E & FOLIC ACID - DRUGS FOR NUTRITION**		
cobalefol oral capsule	3	
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	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
qc b50 prolonged release oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
quin b strong b-25 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 cr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-100 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
ra balanced b-50 tr oral tablet extended release	1 or 1b*; $0	
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	
destress-iron oral tablet	2; $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	
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	ST
MULTIPLE VITAMINS W/ MINERALS - DRUGS FOR NUTRITION**		
FLORRAXYL ORAL TABLET (***multiple vitamins-minerals***)	3	
prev-rx oral tablet	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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	
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION (***multiple vitamin***)	3	
mincora oral tablet	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	
stress formula oral tablet	1 or 1b*; $0	
stress formula/zinc/energy oral tablet	2; $0	
stresstabs energy oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
tab-a-vite/beta carotene oral tablet	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	ST
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID (***ped multivitamins-fl-iron***)	3	ST
PED MV W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
DAVIMET-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
FLOTREX ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
multivitamin w/fluoride oral tablet chewable	1 or 1b*; $0	
multi-vitamin/fluoride oral solution	1 or 1b*; $0	
multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml	3	
multivitamin/fluoride oral solution 0.5 mg/ml	2	ST
multivitamin/fluoride oral tablet chewable	2; $0	
MULTI-VIT-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
POLY-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE (***pediatric multivitamins-fl***)	3	ST
tri-vitamin with fluoride oral solution	3	ST
PED VITAMINS ACD & FA W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
TRI-VI-FLOR ORAL SUSPENSION (***ped vit a-c-d-methylfolate-fl***)	3	ST
TRI-VI-FLORO ORAL SUSPENSION	3	ST
PED VITAMINS ACD W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
tri-vite/fluoride oral solution	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEDIATRIC MULTIPLE VITAMINS & MINERALS W/ FLUORIDE - DRUGS FOR NUTRITION**		
FLORIVA ORAL TABLET CHEWABLE (***ped multiple vit-minerals-fl***)	3	ST
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)
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)
DERMACINRX PRETRATE ORAL TABLET (***prenatal multivit-min-fe-fa***)	3	
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)
gnp prenatal/folic acid oral tablet	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
inatal gt oral tablet	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
KOSHER PRENATAL PLUS IRON ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
KPN PRENATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
MASONATAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
MATERNACEL ORAL TABLET (***prenatal vit w/ fe bisg-fa***)	3	ST; 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
natal pnv oral tablet	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
NEEVO DHA ORAL CAPSULE (***prenat w/oa-fefum-methf-omegas***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
neomaterna oral tablet	3	ST; QL (1 tablet 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 27-ca/fe/fa oral tablet	2	ST; QL (1 tablet per 1 day)
pnv prenatal plus multivit+dha oral	2	QL (2 units per 1 day)
PNV TABS 20-1 ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PNV-OMEGA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
pnv-select oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PREGENNA ORAL TABLET	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENA1 PEARL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATAL (W/IRON & FA) ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
prenatal 19 oral tablet chewable	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL 19 ORAL TABLET CHEWABLE 29-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL COMPLETE ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL FORTE ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ONE DAILY ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-0.8 MG	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 27-1 MG	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL ORAL TABLET	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
prenatal vitamins oral tablet 27-0.8 mg	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PRENATAL VITAMINS ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET	2; $0	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL/IRON ORAL TABLET 28-0.8 MG	2; $0	QL (1 tablet per 1 day)
PRENATAL-U ORAL CAPSULE (***prenatal w/o a vit-fe fum-fa***)	2	QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ELITE ORAL TABLET (***prenatal-feaspgly-methylfol-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRIX ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
PRENATRYL ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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)
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)
TRINATAL RX 1 ORAL TABLET	2	QL (1 tablet per 1 day)
trinate oral tablet	1 or 1a*	QL (1 tablet per 1 day)
VINATE DHA RF ORAL CAPSULE (***prenat w/oa-fefum-methf-omegas***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE (***prenatal vit-fe phos-fa-omega***)	2	QL (3 gummies per 1 day)
VITAFOL-OB ORAL TABLET (***prenatal vit-fe fumarate-fa***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
vitalara oral tablet	3	
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA ORAL (***prenatal mv-min-fe fum-fa-dha***)	2; $0	QL (2 tablets per 1 day)
PRENATE DHA ORAL CAPSULE (***prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ENHANCE ORAL CAPSULE (***prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE ESSENTIAL ORAL CAPSULE (***prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE MINI ORAL CAPSULE (***prenat-fecbn-feasp-meth-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE PIXIE ORAL CAPSULE (***prenat-feasp-meth-fa-dha w/o a***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
PRENATE RESTORE ORAL CAPSULE (***prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
SELECT-OB+DHA ORAL (***prenatal vit-fepoly-fa-dha***)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
TRISTART DHA ORAL CAPSULE	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL FE+ ORAL CAPSULE (***prenat-fe poly-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (2 capsules per 1 day)
VITAFOL ULTRA ORAL CAPSULE (***prenat-fe poly-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAFOL-OB+DHA ORAL (***prenatal mv-min-fe fum-fa-dha***)	3	ST; QL (2 units per 1 day)
VITAFOL-ONE ORAL CAPSULE (***prenatal vit-fepoly-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC ORAL CAPSULE (***prenat w/o a-fe-methfol-fa-dha***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
SPECIALTY VITAMINS PRODUCTS - DRUGS FOR NUTRITION**		
glp-dlax oral tablet	3	
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	
LIPOTRIAD ORAL TABLET (***vitamins-lipotropics***)	2; $0	
mega multiple/chelated mineral oral tablet	1 or 1b*; $0	
nat-rul b-50 oral tablet	1 or 1b*; $0	
risanoid plus oral tablet	1 or 1b*; $0	
ultra b-100 complex oral tablet	1 or 1b*; $0	
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
CENTRAL MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
AMRIX ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***cyclobenzaprine hcl***)	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
baclofen oral solution 10 mg/5ml	3	PA; QL (40 mL per 1 day)
baclofen oral solution 5 mg/5ml	3	PA; QL (80 mL per 1 day)
baclofen oral suspension	3	PA; QL (16 mL per 1 day)
baclofen oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
baclofen oral tablet 15 mg	3	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 250 mg	3	ST; 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 er oral capsule extended release 24 hour	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
cyclobenzaprine hcl oral tablet 5 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
fexmid oral tablet	3	ST; QL (3 tablets per 1 day)
FLEQSUVY ORAL SUSPENSION (***baclofen***)	3	PA; QL (16 mL per 1 day)
LYVISPAH ORAL PACKET 10 MG, 5 MG (***baclofen***)	3	PA; QL (3 packets per 1 day)
LYVISPAH ORAL PACKET 20 MG (***baclofen***)	3	PA; QL (4 packets per 1 day)
metaxalone oral tablet	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
methocarbamol injection solution	1 or 1b*	
methocarbamol oral tablet 1000 mg	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
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*	
OZOBAX DS ORAL SOLUTION (***baclofen***)	3	PA; QL (40 mL per 1 day)
ROBAXIN INJECTION SOLUTION (***methocarbamol***)	3	
SOMA ORAL TABLET (***carisoprodol***)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
methocarbamol (Tanlor Oral Tablet)	3	ST; QL (4 tablets per 1 day)
tizanidine hcl oral capsule 2 mg	3	ST; QL (4 capsules per 1 day)
tizanidine hcl oral capsule 4 mg	3	ST; QL (9 capsules per 1 day)
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 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 FORTE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)
norgesic oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE ORAL TABLET	1 or 1b*	ST; QL (8 tablets per 1 day)
orphengesic forte oral tablet	1 or 1b*	ST; QL (4 tablets per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RETINOIC ACID RECEPTOR GAMMA SELECTIVE AGONISTS - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES**		
SOHONOS ORAL CAPSULE 1 MG (***palovarotene***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 1.5 MG (***palovarotene***)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 10 MG (***palovarotene***)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
SOHONOS ORAL CAPSULE 2.5 MG, 5 MG (***palovarotene***)	3	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)***)	3	PA; LD
EUFLEXXA INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
GEL-ONE INTRA-ARTICULAR PREFILLED SYRINGE (***cross-linked hyaluronate***)	3	PA; LD
GELSYN-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
HYALGAN INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
HYMOVIS INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	3	PA; LD
MONOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	3	PA; LD
ORTHOVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hyaluronan***)	3	PA; LD
SUPARTZ FX INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
SYNOJOYNT INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
SYNVISC INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hylan g-f 20***)	3	PA; LD
SYNVISC ONE INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hylan g-f 20***)	3	PA; LD
TRILURON INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	3	PA; LD
VISCO-3 INTRA-ARTICULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate (viscosup)***)	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE**		
ANTIHISTAMINE-STEROID - ALLERGY**		
azelastine-fluticasone nasal suspension	3	QL (1 bottle per 30 days)
DYMISTA NASAL SUSPENSION (***azelastine-fluticasone***)	3	QL (1 bottle per 30 days)
RYALTRIS NASAL SUSPENSION (***olopatadine-mometasone***)	3	QL (1 inhaler per 30 days)
NASAL ANESTHETICS - ALLERGY**		
COCAINE HCL 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	1 or 1b*	QL (1 package 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)
OMNARIS NASAL SUSPENSION (***ciclesonide***)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
PROPEL CONTOUR NASAL IMPLANT (***mometasone furoate***)	3	
PROPEL MINI NASAL IMPLANT (***mometasone furoate***)	3	
PROPEL MINI SDS NASAL IMPLANT (***mometasone furoate***)	3	
PROPEL NASAL IMPLANT (***mometasone furoate***)	3	
QNASL CHILDRENS NASAL AEROSOL SOLUTION (***beclomethasone diprop (nasal)***)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
QNASL NASAL AEROSOL SOLUTION (***beclomethasone diprop (nasal)***)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION (***fluticasone propionate***)	3	PA; QL (2 inhalers per 30 days)
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ALS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
edaravone intravenous solution 30 mg/100ml	3	PA; LD; SP
edaravone intravenous solution 60 mg/100ml	3	PA; SP
RADICAVA ORS ORAL SUSPENSION (***edaravone***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 28 days); SP
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION (***edaravone***)	3	PA; LD; QL (1 starter kit per 1 lifetime); 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BENZATHIAZOLES - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
riluzole oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
TEGLUTIK ORAL SUSPENSION (***riluzole***)	3	PA; LD; QL (40 mL per 1 day)
TIGLUTIK ORAL SUSPENSION (***riluzole***)	3	PA; LD; QL (40 mL per 1 day)
DEPOLARIZING MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
ANECTINE INJECTION SOLUTION (***succinylcholine chloride***)	3	
QUELICIN INJECTION SOLUTION (***succinylcholine chloride***)	3	
FRIEDRICH'S ATAXIA AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
SKYCLARYS ORAL CAPSULE (***omaveloxolone***)	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day)
MUSCULAR DYSTROPHY - GENE THERAPY AGENTS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
AMONDYS 45 INTRAVENOUS SOLUTION	3	PA; LD
EXONDYS 51 INTRAVENOUS SOLUTION (***eteplirsen***)	3	PA; LD
VILTEPSO INTRAVENOUS SOLUTION (***viltolarsen***)	3	PA; LD
VYONDYS 53 INTRAVENOUS SOLUTION (***golodirsen***)	3	PA; LD
***MUSCULAR DYSTROPHY - HISTONE DEACETYLASE INHIBITORS** - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
DUVYZAT ORAL SUSPENSION (***givinostat hcl***)	3	PA; LD; QL (12 mL per 1 day)
NEUROMUSCULAR BLOCKING AGENT - NEUROTOXINS - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES**		
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***onabotulinumtoxina***)	3	PA; LD
DYSPORT INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***abobotulinumtoxina***)	3	PA; LD; SP
MYOBLOC INTRAMUSCULAR SOLUTION (***rimabotulinumtoxinb***)	3	PA; LD; SP
XEOMIN INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***incobotulinumtoxina***)	3	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***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

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***)	3	PA; LD; QL (5 mg per 1 day)
EVRYSDI ORAL TABLET (***risdiplam***)	3	PA; QL (1 tablet 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 acid elect-calc in d5w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid elect-calc in d10w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid elect-calc in d5w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid elect-calc in d15w***)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid 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	
REFRESH AA 15 PKU ORAL LIQUID (***amino acids***)	2	
REFRESH AA 15 TYR ORAL LIQUID (***amino acids***)	2	
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion***)	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION (***amino acid infusion***)	3	
AMINO ACIDS-SINGLE - DRUGS FOR NUTRITION**		
ELCYS INTRAVENOUS SOLUTION (***cysteine hcl***)	3	
CARBOHYDRATES - DRUGS FOR NUTRITION**		
dextrose intravenous solution 10 %	1 or 1b*	
DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION 20 %, 30 %, 40 %	3	
dextrose intravenous solution 5 %	3	
glucose (dextrose) intravenous solution	3	
LIPIDS - DRUGS FOR NUTRITION**		
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION (***fat emuls plant base(soy/oliv)***)	3	
DOJOLVI ORAL LIQUID (***triheptanoin***)	3	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)
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION (***brimonidine tartrate-timolol***)	3	QL (15 mL per 30 days)
COSOPT OPHTHALMIC SOLUTION (***dorzolamide hcl-timolol mal***)	3	QL (10 mL per 30 days)
COSOPT PF OPHTHALMIC SOLUTION (***dorzolamide hcl-timolol mal***)	3	QL (60 units 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*	
ISTALOL OPHTHALMIC SOLUTION (***timolol maleate***)	3	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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)
CHOLINERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE EYE**		
TYRVAYA NASAL SOLUTION (***varenicline tartrate***)	3	PA; QL (0.28 mL per 1 day)
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 10 %	1 or 1b*	
phenylephrine hcl ophthalmic solution 2.5 %	3	
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QLOSI OPHTHALMIC SOLUTION (***pilocarpine hcl***)	3	PA; QL (2 vials per 1 day)
VUITY OPHTHALMIC SOLUTION (***pilocarpine hcl***)	3	PA; QL (5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC - MULTIPLE RECEPTOR ANGIOGENESIS INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION (***faricimab-svoa***)	3	PA; LD; SP
VABYSMO INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***faricimab-svoa***)	3	PA; LD; SP
OPHTHALMIC ANTIALLERGIC - DRUGS FOR ITCHY EYE**		
ALOCRIL OPHTHALMIC SOLUTION (***nedocromil sodium***)	3	ST; QL (1 bottle per 30 days)
azelastine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (1 bottle per 24 days)
bepotastine besilate ophthalmic solution	3	ST; QL (10 mL per 30 days)
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION (***bepotastine besilate***)	3	ST; QL (10 mL per 30 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)
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %	1 or 1b*	ST; QL (1 bottle per 30 days)
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	3	ST; BE; QL (0.1 mL per 1 day)
ZERVIATE OPHTHALMIC SOLUTION (***cetirizine hcl***)	3	ST; QL (2 boxes 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OPHTHALMIC ANTIFUNGAL - DRUGS FOR THE EYE**		
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION (***natamycin***)	3	QL (15 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTI-INFECTIVE COMBINATIONS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (10 mL per 30 days)
neo-polycin ophthalmic ointment	1 or 1b*	QL (3.5 grams per 30 days)
polycin ophthalmic ointment	1 or 1a*	QL (3.5 grams per 30 days)
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution	1 or 1a*	QL (10 mL per 30 days)
OPHTHALMIC ANTISEPTICS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
BETADINE OPHTHALMIC PREP OPHTHALMIC SOLUTION (***povidone-iodine***)	3	
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**		
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION (***brinzolamide***)	3	QL (15 ML per 30 days)
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)***)	3	PA; LD
OPHTHALMIC COMPLEMENT C5 INHIBITORS - DRUGS FOR THE EYE**		
IZERVAY INTRAVITREAL SOLUTION (***avacincaptad pegol***)	3	PA; LD; SP
OPHTHALMIC DIAGNOSTIC PRODUCTS - DRUGS FOR THE EYE**		
ak-fluor intravenous solution	1 or 1b*	
altafluor benox ophthalmic solution	1 or 1b*	
fluorescein intravenous solution	1 or 1b*	
fluorescein sodium 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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***OPHTHALMIC ECTOPARASITICIDE** - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION (***lotilaner***)	3	PA; QL (1 bottle per 1 fill)
OPHTHALMIC IMMUNOMODULATORS - ANTI-INFECTIVE/ANTI-INFLAMMATORIES**		
CEQUA OPHTHALMIC SOLUTION (***cyclosporine***)	3	PA; QL (2 vials per 1 day)
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)
VEVYE OPHTHALMIC SOLUTION (***cyclosporine***)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
OPHTHALMIC IRRIGATION SOLUTIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
BSS INTRAOCULAR SOLUTION (***ophth irr soln-intraocular***)	3	
BSS PLUS INTRAOCULAR SOLUTION (***ophth irr soln-intraocular***)	3	
OPHTHALMIC KINASE INHIBITORS - COMBINATIONS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION (***netarsudil-latanoprost***)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC LOCAL ANESTHETICS - DRUGS FOR THE EYE**		
AKTEN OPHTHALMIC GEL (***lidocaine hcl***)	3	
ALCAINE OPHTHALMIC SOLUTION (***proparacaine hcl***)	3	
IHEEZO OPHTHALMIC GEL (***chloroprocaine hcl***)	3	
proparacaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
tetracaine hcl ophthalmic solution	1 or 1b*	
OPHTHALMIC NERVE GROWTH FACTORS - DRUGS FOR THE EYE**		
OXERVATE OPHTHALMIC SOLUTION (***cenegermin-bkbj***)	3	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION (***bromfenac sodium***)	3	QL (3 mL per 30 days)
OPHTHALMIC PHOTODYNAMIC THERAPY AGENTS - DRUGS FOR THE EYE**		
VISUDYNE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***verteporfin***)	3	LD; QL (1 fill per 30 days); SP
OPHTHALMIC PHOTOENHANCER COMBINATIONS - DRUGS FOR THE EYE**		
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT OPHTHALMIC SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***riboflav5 & riboflav5-dextran***)	3	
OPHTHALMIC RHO KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION (***netarsudil dimesylate***)	3	QL (2.5 mL per 30 days)
OPHTHALMIC SELECTIVE ALPHA ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
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 (***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	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**		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION (***loteprednol etabonate***)	3	
clobetasol propionate ophthalmic suspension	3	QL (3.5 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION (***loteprednol etabonate***)	3	PA; QL (20 mL per 30 days)
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION (***fluorometholone acetate***)	3	
fluorometholone ophthalmic suspension	1 or 1b*	
FML FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (***fluorometholone***)	3	
FML LIQUIFILM OPHTHALMIC SUSPENSION (***fluorometholone***)	3	
ILUVIEN INTRAVITREAL IMPLANT (***fluocinolone acetonide***)	3	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 0.2 %	3	
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 FORTE OPHTHALMIC SUSPENSION (***prednisolone acetate***)	3	QL (20 mL per 30 days)
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***)	3	PA; LD
YUTIQ INTRAVITREAL IMPLANT (***fluocinolone acetonide***)	3	PA; LD; SP
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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***)	3	LD
AMVISC PLUS INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
CELLUGEL INTRAOCULAR SOLUTION (***hypromellose***)	3	
HEALON DUET PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
HEALON GV PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
HEALON PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
HEALON5 PRO INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	LD
PROVISC INTRAOCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***sodium hyaluronate***)	3	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***)	3	PA; LD; QL (60 mL per 28 days)
OPHTHALMICS MISC. - OTHER - DRUGS FOR THE EYE**		
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION (***perfluorohexyloctane***)	3	PA; QL (1 bottle per 30 days)
PROSTAGLANDINS - OPHTHALMIC - DRUGS FOR GLAUCOMA**		
bimatoprost ophthalmic solution	1 or 1b*	
DURYSTA INTRAOCULAR IMPLANT (***bimatoprost***)	3	PA; LD; QL (2 applicators per 1 lifetime); SP
IDOSE TR INTRAOCULAR IMPLANT (***travoprost***)	3	PA; LD; QL (2 units per 1 lifetime)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
tafluprost (pf) ophthalmic solution	1 or 1b*	QL (9 mL per 30 days)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION (***travoprost***)	3	QL (10 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)
XALATAN OPHTHALMIC SOLUTION (***latanoprost***)	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***)	3	PA; LD; SP
BYOOVIZ INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab-nuna***)	3	PA; LD; SP
CIMERLI INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab-eqrn***)	3	PA; LD; SP
EYLEA HD INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept***)	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept***)	3	PA; LD; SP
EYLEA INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***aflibercept***)	3	PA; LD; SP
LUCENTIS INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***ranibizumab***)	3	PA; LD; SP
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION (***aflibercept-ayyh***)	3	PA
PAVBLU INTRAVITREAL SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***aflibercept-ayyh***)	3	PA
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab***)	3	LD; SP
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) INTRAVITREAL SOLUTION (***ranibizumab***)	3	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**		
CIPRO HC OTIC SUSPENSION (***ciprofloxacin-hydrocortisone***)	3	QL (10 mL per 1 fill)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (***pemivibart***)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (***palivizumab***)	3	PA; LD; SP
BACTERIAL MONOCLONAL ANTIBODIES - BIOLOGICAL AGENTS**		
ZINPLAVA INTRAVENOUS SOLUTION (***bezlotoxumab***)	3	PA
IMMUNE SERUMS - BIOLOGICAL AGENTS**		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-stwk***)	3	PA; LD
ASCENIV INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-slra***)	3	PA; LD; SP
BABYBIG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***botulism immune globulin human***)	3	
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
CNJ-016 INTRAVENOUS SOLUTION (***vaccinia immune globulin human***)	3	
CUTAQUIG SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-hipp***)	3	PA; LD; SP
CUVITRU SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
CYTOGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***cytomegalovirus immune glob***)	3	LD; SP
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
GAMMAKED INJECTION SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
HEPAGAM B INJECTION SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
HIZENTRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
HYPERHEP B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
HYPERRAB INJECTION SOLUTION (***rabies immune globulin***)	3	LD; SP
HYPERRHO S/D INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	3	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***)	3	LD; SP
KEDRAB INJECTION SOLUTION	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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (***hepatitis b immune globulin***)	3	LD; SP
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-ifas***)	3	PA; LD; SP
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION (***immune globulin (human)***)	3	PA; LD; SP
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
RHOPHYLAC INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***rho d immune globulin***)	3	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***)	3	LD; QL (2 fills per 365 days); SP
XEMBIFY SUBCUTANEOUS SOLUTION (***immune globulin (human)-klhw***)	3	PA; LD; SP
PASSIVE IMMUNIZING AGENTS - COMBINATIONS - BIOLOGICAL AGENTS**		
HYQVIA SUBCUTANEOUS KIT (***immune globulin-hyaluronidase***)	3	PA; LD; SP
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOPENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin oral capsule	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml	1 or 1a*	
amoxicillin oral suspension reconstituted 400 mg/5ml	3	
amoxicillin oral tablet	1 or 1a*	
amoxicillin oral tablet chewable	1 or 1a*	
ampicillin oral capsule	1 or 1a*	
ampicillin sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
NATURAL PENICILLINS - ANTIBIOTICS**		
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***penicillin g benzathine***)	3	
EXTENCILLINE INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***penicillin g benzathine***)	3	
LENTOCILIN INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***penicillin g benzathine***)	3	
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
penicillin g potassium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin g sodium injection solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin v potassium oral solution reconstituted	1 or 1b*	
penicillin v potassium oral tablet	1 or 1b*	
pfizerpen injection solution reconstituted	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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*	
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	
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)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 100 MG (***progesterone***)	3	QL (2 capsules per 1 day)
PROMETRIUM ORAL CAPSULE 200 MG (***progesterone***)	3	QL (2 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
LUCEMYRA ORAL TABLET (***lofexidine hcl***)	3	QL (16 tablets per 1 day)
ALCOHOL DETERRENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
acamprosate calcium oral tablet delayed release	1 or 1b*	QL (6 tablet per 1 day)
disulfiram oral tablet	1 or 1b*	
ANTI-CATAPLECTIC AGENTS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
LUMRYZ ORAL PACKET (***sodium oxybate***)	3	PA; LD; QL (1 packet per 1 day); SP
LUMRYZ STARTER PACK ORAL THERAPY PACK (***sodium oxybate***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 6 months); SP
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)
ANTI-CATAPLECTIC COMBINATIONS - DRUGS FOR SLEEP DISORDER**		
XYWAV ORAL SOLUTION (***ca, mg, k, and na oxybates***)	3	PA; LD; QL (18 mL per 1 day)
ANTIDEMENTIA AGENT COMBINATIONS - DRUGS FOR ALZHEIMER'S DISEASE**		
memantine hcl-donepezil hcl oral capsule extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 capsule per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG (***memantine hcl-donepezil hcl***)	3	QL (1 capsule per 1 day)
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7-10 MG (***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***)	3	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**		
ADLARITY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY (***donepezil hcl***)	3	ST; QL (1 patch per 1 week)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
ZUNVEYL ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***benzgalantamine gluconate***)	3	QL (2 tablets per 1 day)
FIBROMYALGIA AGENT - SNRIS - DRUGS FOR SEIZURES /PERSONALITY DISORDER/NERVE PAIN**		
SAVELLA ORAL TABLET (***milnacipran hcl***)	2	QL (2 tablets per 1 day)
SAVELLA TITRATION PACK ORAL (***milnacipran hcl***)	2	QL (1 pack per 365 days)
MELANOCORTIN RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
VYLEESI SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***bremelanotide acetate***)	3	PA; QL (4 autoinjectors per 30 days)
MOVEMENT DISORDER DRUG THERAPY - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AUSTEDO ORAL TABLET (***deutetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG, 24 MG, 6 MG (***deutetrabenazine***)	3	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***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK (***deutetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (2 kits per 1 year); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE 60 MG, 80 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 40 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; DO; SP
INGREZZA ORAL CAPSULE SPRINKLE 60 MG, 80 MG (***valbenazine tosylate***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***valbenazine tosylate***)	3	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
XENAZINE ORAL TABLET 12.5 MG (***tetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (8 tablets per 1 day); SP
XENAZINE ORAL TABLET 25 MG (***tetrabenazine***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MS AGENTS - PYRIMIDINE SYNTHESIS INHIBITORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AUBAGIO ORAL TABLET (***teriflunomide***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
teriflunomide oral tablet	1 or 1b*	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***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (4 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (5 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (6 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (7 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (8 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MAVENCLAD (9 TABS) ORAL TABLET THERAPY PACK (***cladribine***)	3	PA; LD; QL (2 packs per 46 weekss); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - COMBINATIONS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
OCREVUS ZUNOVO SUBCUTANEOUS SOLUTION (***ocrelizumab-hyaluronidase-ocsq***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 6 months); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - INTERFERONS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
AVONEX PEN INTRAMUSCULAR AUTO-INJECTOR KIT (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
AVONEX PREFILLED INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE KIT (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (4 kits per 28 days); SP
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT (***interferon beta-1b***)	3	PA; LD; QL (15 kits 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLEGRIDY INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (2 syringes per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY STARTER PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
PLEGRIDY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***peginterferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (12 ML per 28 days); SP
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (4.2 ML per 28 days); SP
REBIF SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (12 syringes per 28 days); SP
REBIF TITRATION PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***interferon beta-1a***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
BRIUMVI INTRAVENOUS SOLUTION (***ublituximab-xiiy***)	3	PA; LD; QL (3 vials per 24 weeks); SP
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (***ofatumumab***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 28 days); SP
LEMTRADA INTRAVENOUS SOLUTION (***alemtuzumab***)	3	PA; LD; QL (3 vials per 365 days); SP
OCREVUS INTRAVENOUS SOLUTION (***ocrelizumab***)	3	PA; LD; QL (2 vials per 180 days); SP
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE (***natalizumab***)	3	PA; LD; QL (1 vial per 28 days); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - NRF2 PATHWAY ACTIVATORS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***monomethyl fumarate***)	3	PA; LD; QL (4 capsules per 1 day); SP
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
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG (***dimethyl fumarate***)	3	PA; LD; QL (14 capsules per 365 days); SP
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG (***dimethyl fumarate***)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE THERAPY PACK (***dimethyl fumarate***)	3	PA; LD; QL (1 kit per 365 days); SP
VUMERITY ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***diroximel fumarate***)	3	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***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
MULTIPLE SCLEROSIS AGENTS - DRUGS FOR MULTIPLE SCLEROSIS**		
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML (***glatiramer acetate***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML (***glatiramer acetate***)	3	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	3	PA; LD; QL (12 syringe per 28 days); SP
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	3	PA; LD; QL (1 syringe per 1 day); SP
glatopa subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	3	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
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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**		
AQNEURSA ORAL PACKET (***levacetylleucine***)	3	PA; LD; QL (4 packets per 1 day)
MIPLYFFA ORAL CAPSULE (***arimoclomol citrate***)	3	PA; LD; QL (3 capsules 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)
RESTLESS LEG SYNDROME (RLS) AGENTS - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
HORIZANT ORAL TABLET EXTENDED RELEASE (***gabapentin enacarbil***)	3	PA; QL (2 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***)	3	PA; LD; QL (1 syringe per 90 days); SP
ONPATTRO INTRAVENOUS SOLUTION (***patisiran sodium***)	3	PA; LD; QL (0.72 mL per 1 day); SP
SMOKING DETERRENTS - DRUGS FOR DEPRESSION**		
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour	1 or 1b*; $0	QL (2 tablets per 1 day)
cvs nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
cvs nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
kls quit2 mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
kls quit2 mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
kls quit4 mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
kls quit4 mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR (***nicotine***)	2; $0	
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE (***nicotine polacrilex***)	2; $0	
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM (***nicotine polacrilex***)	2; $0	
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE (***nicotine polacrilex***)	2; $0	
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM (***nicotine polacrilex***)	2; $0	
nicotine mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTINE TRANSDERMAL KIT	2; $0	
nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
NICOTROL INHALATION INHALER (***nicotine***)	3; $0	QL (16 cartridges per 1 day)
NICOTROL NS NASAL SOLUTION (***nicotine***)	3; $0	QL (4 mL per 1 day)
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
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	1 or 1b*	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
GILENYA ORAL CAPSULE (***fingolimod hcl***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG (***siponimod fumarate***)	3	PA; LD; QL (4 tablets per 1 day); SP
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG (***siponimod fumarate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG (***siponimod fumarate***)	3	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***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
PONVORY ORAL TABLET (***ponesimod***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); SP
PONVORY STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK (***ponesimod***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 one time fill); SP
TASCENSO ODT ORAL TABLET DISPERSIBLE (***fingolimod lauryl sulfate***)	3	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day)
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***ozanimod hcl***)	3	PA; LD; QL (1 pack per 1 fill); SP
ZEPOSIA ORAL CAPSULE (***ozanimod hcl***)	3	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP
ZEPOSIA STARTER KIT ORAL CAPSULE THERAPY PACK (***ozanimod hcl***)	3	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	ST; DO
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***)	3	PA; LD; SP
GLASSIA INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/50ML (***alpha1-proteinase inhibitor***)	3	PA; LD; SP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION (***alpha1-proteinase inhibitor***)	3	PA; LD
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***alpha1-proteinase inhibitor***)	3	PA; LD; SP
CFTR POTENTIATORS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
KALYDECO ORAL PACKET (***ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
KALYDECO ORAL TABLET (***ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 tablets per 1 day); SP
CYSTIC FIBROSIS AGENT - COMBINATIONS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG (***vanzacaft-tezacaft-deutivacaft***)	3	PA; QL (2 tablets per 1 day)
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG (***vanzacaft-tezacaft-deutivacaft***)	3	PA; QL (3 tablets per 1 day)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG (***lumacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 packets per 1 day); SP
ORKAMBI ORAL PACKET 75-94 MG (***lumacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (2 units per 1 day); SP
ORKAMBI ORAL TABLET (***lumacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (4 tablet per 1 day); SP
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK (***tezacaftor-ivacaftor***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); SP
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK (***elexacaftor-tezacaftor-ivacaft***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); SP
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK (***elexacaftor-tezacaftor-ivacaft***)	3	PA; LD; QL (1 carton per 28 days); SP
CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (***mannitol (cystic fibrosis)***)	3	PA; LD; QL (560 tablets 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BRONCHITOL TOLERANCE TEST INHALATION CAPSULE (***mannitol (cystic fibrosis)***)	3	PA; LD; QL (1 test per 1 fill); SP
HYDROLYTIC ENZYMES - DRUGS FOR THE LUNGS**		
PULMOZYME INHALATION SOLUTION (***dornase alfa***)	3	PA; LD; QL (150 mL per 30 days); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - KINASE INHIBITORS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
OFEV ORAL CAPSULE (***nintedanib esylate***)	3	PA; LD; QL (2 capsules per 1 day); SP
PULMONARY FIBROSIS AGENTS - DRUGS FOR THE LUNGS**		
ESBRIET ORAL CAPSULE (***pirfenidone***)	3	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG (***pirfenidone***)	3	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG (***pirfenidone***)	3	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral capsule	1 or 1b*	PA; LD; QL (9 capsule per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 267 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (9 tablets per 1 day); SP
pirfenidone oral tablet 534 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day)
pirfenidone oral tablet 801 mg	1 or 1b*	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
SULFONAMIDES - ANTIBIOTICS**		
sulfadiazine oral tablet	1 or 1b*	
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS**		
AMINOMETHYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***omadacycline tosylate***)	3	
NUZYRA ORAL TABLET (***omadacycline tosylate***)	3	PA; QL (30 tablets per 30 days)
FLUOROCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
XERAVA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***eravacycline dihydrochloride***)	3	
GLYCYLCYCLINES - ANTIBIOTICS**		
TIGECYCLINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
TYGACIL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***tigecycline***)	3	
TETRACYCLINES - ANTIBIOTICS**		
demeclocycline hcl oral tablet	1 or 1b*	
DORYX MPC ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***doxycycline hyclate***)	3	ST
doxy 100 intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL (2 vials 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	QL (2 vials per 1 day)
doxycycline hyclate oral capsule	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline hyclate oral tablet 150 mg	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
doxycycline hyclate oral tablet 50 mg, 75 mg	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
doxycycline hyclate oral tablet delayed release	3	ST; 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 tablet per 1 day)
MINOCIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***minocycline hcl***)	3	
minocycline hcl er oral tablet extended release 24 hour	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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)
SEYSARA ORAL TABLET (***sarecycline hcl***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
targadox oral tablet	3	ST; QL (2 tablets per 1 day)
tetracycline hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsules per 1 day)
tetracycline hcl oral tablet	3	ST; QL (4 tablets 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	
ERMEZA ORAL SOLUTION (***levothyroxine sodium***)	3	
euthyrox oral tablet	1 or 1b*	
levo-t 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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION 100 MCG/5ML, 200 MCG/5ML, 500 MCG/5ML	3	
levothyroxine sodium intravenous solution 100 mcg/ml	3	
LEVOTHYROXINE SODIUM INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
levothyroxine sodium oral capsule	1 or 1b*	
levothyroxine sodium oral tablet	1 or 1a*	
levoxyl oral tablet	1 or 1a*	
liothyronine sodium intravenous solution	1 or 1b*	
liothyronine sodium oral tablet	1 or 1b*	
niva thyroid oral tablet	3	
np thyroid oral tablet	3	
RENTHYROID ORAL TABLET (***thyroid***)	3	
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	
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 el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de cantidad **SP**=medicamentos especializados **ST**=terapia escalonada

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 10 mg/5ml	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*	
cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg	1 or 1b*	
famotidine (pf) intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine intravenous solution	1 or 1b*	
famotidine oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
famotidine oral tablet 40 mg	1 or 1b*	
famotidine premixed intravenous solution	1 or 1b*	
nizatidine oral capsule	1 or 1b*	
PEPCID ORAL TABLET (***famotidine***)	3	
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PPI - POTASSIUM-COMPETITIVE ACID BLOCKERS (P-CAB) - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
VOQUEZNA ORAL TABLET 10 MG (***vonoprazan fumarate***)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
VOQUEZNA ORAL TABLET 20 MG (***vonoprazan fumarate***)	3	PA; QL (56 tablets per 8 months)
PROTON PUMP INHIBITOR-ANTACID COMBINATIONS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
KONVOMEP ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (***omeprazole-sodium bicarbonate***)	3	ST; QL (20 mL per 1 day)
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 40-1100 mg	3	ST; QL (1 capsule per 1 day)
omeprazole-sodium bicarbonate oral packet	3	ST; QL (1 packet per 1 day)
PROTON PUMP INHIBITORS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
ACIPHEX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***rabeprazole sodium***)	3	ST
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***dexlansoprazole***)	3	ST
dexlansoprazole oral capsule delayed release	3	ST
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release	1 or 1b*	
esomeprazole magnesium oral packet	1 or 1b*	
esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	1 or 1b*	BE
lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg	1 or 1b*	
lansoprazole oral tablet delayed release dispersible	3	ST
NEXIUM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***esomeprazole magnesium***)	3	ST
NEXIUM ORAL PACKET (***esomeprazole magnesium***)	3	ST
omeprazole oral capsule delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
pantoprazole sodium oral packet	3	ST
pantoprazole sodium oral tablet delayed release	1 or 1b*	
pantoprazole sodium-nacl intravenous solution	3	
PREVACID ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (***lansoprazole***)	3	ST
PREVACID SOLUTAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE DISPERSIBLE (***lansoprazole***)	3	ST
PRILOSEC ORAL PACKET (***omeprazole magnesium***)	3	ST
PROTONIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (***pantoprazole sodium***)	3	
PROTONIX ORAL PACKET (***pantoprazole sodium***)	3	ST
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (***pantoprazole sodium***)	3	ST
RABEPRAZOLE SODIUM ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	ST
rabeprazole sodium oral tablet delayed release	3	ST

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 +rfid injection solution prefilled syringe	1 or 1b*	
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*	
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 ANTI-INFECTIVE-PCAB COMBINATIONS - DRUGS FOR THE STOMACH**		
VOQUEZNA DUAL PAK ORAL THERAPY PACK (***amoxicillin-vonoprazan***)	3	PA; QL (1 pack per 1 fill)
VOQUEZNA TRIPLE PAK ORAL THERAPY PACK (***amoxicill-clarithro-vonoprazan***)	3	PA; 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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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)
DETROL ORAL TABLET (***tolterodine tartrate***)	3	ST; QL (2 tablets 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)
OXYTROL TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY (***oxybutynin***)	3	ST; BE; QL (8 patch per 28 days)
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)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***fesoterodine fumarate***)	3	ST; QL (1 tablet 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)
VESICARE LS ORAL SUSPENSION (***solifenacin succinate***)	3	PA; QL (10 mL per 1 day)
VESICARE ORAL TABLET (***solifenacin succinate***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
URINARY ANTISPASMODICS - BETA-3 ADRENERGIC AGONISTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
GEMTESA ORAL TABLET (***vibegron***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
mirabegron er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER (***mirabegron***)	3	PA; QL (3 bottles per 30 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR (***mirabegron***)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIRAL VACCINES - VACCINES**		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***rsv pre-fusion f a&b vac rcmb***)	3; $0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (***smallpox vaccine***)	3; $0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***influenza virus vaccine split***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza virus vacc split pf***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***rsvpref3 vac recomb adjuvanted***)	3; $0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (***influenza a (h5n1) subunit adj***)	2; $0	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (***influenza a (h5n1) subunit adj***)	2; $0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***covid-19 mrna virus vaccine***)	2; $0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (***dengue virus vaccine live tetr***)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (***hepatitis b vac recombinant***)	3; $0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b vac recombinant***)	3; $0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***ebola zaire virus vaccine live***)	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza vac a&b surf ant adj***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***influenza virus vacc split pf***)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***influenza vac recombinant ha***)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUCELVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***influenza vac tiss-cult subunt***)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***hpv 9-valent recomb vaccine***)	2; $0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***hepatitis a vaccine***)	3; $0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis a vaccine***)	3; $0	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (***hepatitis b vac recomb adj***)	3; $0	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***rabies virus vaccine, hdc***)	3	
IPOL INJECTION INJECTABLE (***poliovirus vaccine inactivated***)	3; $0	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (***chikungunya virus vaccine live***)	3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***japanese encephalitis vac inac***)	3	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION (***smallpox & monkeypox vac, live***)	3; $0	
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***covid-19 mrna virus vaccine***)	2; $0	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***rsv mrna pre-f virus vaccine***)	3; $0	AL; QL (1 syringe per 1 lifetime)
novavax covid-19 vaccine intramuscular suspension prefilled syringe	2; $0	
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y INTRAMUSCULAR SUSPENSION (***covid-19 mrna virus vaccine***)	2; $0	
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y intramuscular suspension	2; $0	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (***rabies vaccine, pcec***)	3	
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION (***hepatitis b vac recombinant***)	3; $0	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (***chikungunya virus vac rcmb vlp***)	3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE (***yellow fever vaccine***)	3	
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN**		
IMIDAZOLE-RELATED ANTIFUNGALS - DRUGS FOR INFECTIONS**		
GYNAZOLE-1 VAGINAL CREAM (***butoconazole nitrate (1 dose)***)	3	
miconazole 3 vaginal suppository	1 or 1b*	
terconazole vaginal cream 0.4 %	1 or 1b*	QL (90 grams per 30 days)
terconazole vaginal cream 0.8 %	1 or 1b*	QL (40 grams per 30 days)
terconazole vaginal suppository	1 or 1b*	QL (6 suppositories per 30 days)
MISCELLANEOUS VAGINAL PRODUCTS - DRUGS FOR WOMEN**		
INTRAROSA VAGINAL INSERT (***prasterone***)	3	ST; QL (1 insert per 1 day)
SPERMICIDES - BIRTH CONTROL PILLS**		
ENCARE VAGINAL SUPPOSITORY (***nonoxynol-9***)	2; $0	
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (***nonoxynol-9***)	2; $0	
TODAY SPONGE VAGINAL (***nonoxynol-9***)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL FILM (***nonoxynol-9***)	2; $0	
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE VAGINAL GEL (***nonoxynol-9***)	2; $0	
VAGINAL ANTI-INFECTIVES - DRUGS FOR INFECTIONS**		
CLEOCIN VAGINAL CREAM (***clindamycin phosphate***)	3	
CLEOCIN VAGINAL SUPPOSITORY (***clindamycin phosphate***)	2	
clindamycin phosphate vaginal cream	1 or 1b*	
CLINDESSE VAGINAL CREAM (***clindamycin phosphate (1 dose)***)	3	
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**		
ESTRACE VAGINAL CREAM (***estradiol***)	3	QL (42.5 grams per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
VAGIFEM VAGINAL TABLET (***estradiol***)	3	QL (18 tablet per 28 days)
yuvafem vaginal tablet	1 or 1b*	QL (18 tablet per 28 days)
VAGINAL PROGESTINS - DRUGS FOR WOMEN**		
CRINONE VAGINAL GEL 4 % (***progesterone***)	3	LD; SP
CRINONE VAGINAL GEL 8 % (***progesterone***)	3	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	
AUVI-Q INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (***epinephrine***)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
epinephrine (anaphylaxis) injection solution	1 or 1b*	
epinephrine injection solution auto-injector	1 or 1b*	QL (2 pens per 1 fill)
EPINEPHRINESNAP INJECTION KIT (***epinephrine***)	3	
EPIPEN 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (***epinephrine***)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
EPIPEN JR 2-PAK INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR (***epinephrine***)	3	ST; QL (2 pens per 1 fill)
NEFFY NASAL SOLUTION (***epinephrine***)	3	ST; QL (1 carton per 1 fill)
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
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG (***droxidopa***)	3	PA; LD; QL (3 capsules per 1 day); SP
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG (***droxidopa***)	3	PA; LD; QL (6 capsules per 1 day); SP
VASOPRESSORS - DRUGS FOR SERIOUS ALLERGIC REACTION**		
ADRENALIN INTRAVENOUS SOLUTION (***epinephrine-nacl***)	3	
ADRENALIN-NACL INTRAVENOUS SOLUTION (***epinephrine-nacl***)	3	
AKOVAZ INTRAVENOUS SOLUTION (***ephedrine sulfate (pressors)***)	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 bitartrate-nacl 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	
REZIPRES INTRAVENOUS SOLUTION (***ephedrine hcl***)	3	
VAZCULEP INTRAVENOUS SOLUTION (***phenylephrine hcl (pressors)***)	3	
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION**		
VITAMIN A - DRUGS FOR NUTRITION**		
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION (***vitamin a***)	3	
VITAMIN B-1 - DRUGS FOR NUTRITION**		
thiamine hcl injection solution	1 or 1b*	
VITAMIN C - DRUGS FOR NUTRITION**		
ASCOR INTRAVENOUS SOLUTION (***ascorbic acid***)	3	
VITAMIN D - DRUGS FOR NUTRITION**		
DRISDOL ORAL CAPSULE (***ergocalciferol***)	3	
ergocalciferol oral capsule	1 or 1a*	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50000 unit	1 or 1a*	
VITAMIN K - DRUGS FOR NUTRITION**		
phytonadione injection solution	1 or 1b*	
phytonadione oral tablet	1 or 1b*	
vitamin k1 injection solution	1 or 1b*	

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

En vigencia desde el 07012025

Index

1ST TIER UNIFINE PENTIPS 219
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS . 219
abacavir sulfate 122
abacavir sulfate-lamivudine 119
ABELCET 71
ABILIFY 118
ABILIFY ASIMTUFII 118
ABILIFY MAINTENA 118
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 118
ABILIFY MYCITE STARTER KIT ... 118
abiraterone acetate 89
Abirtega 89
ABLYSINOL 135
ABRAXANE 107
ABRILADA (1 PEN) 22
ABRILADA (2 PEN) 22
ABRILADA (2 SYRINGE) 22
ABRYSVO 283
ABSORICA 148
ABSORICA LD 148
ACAM2000 283
acamprosate calcium 266
ACANYA 148
acarbose 59
ACCOLATE 44
ACCRUFER 196
ACCU-CHEK AVIVA PLUS 162
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET .. 208
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 208
ACCU-CHEK GUIDE TEST 162
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 208
ACCU-CHEK SMARTVIEW 162
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 208
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 208
ACCUPRIL 78
ACCURETIC 77
accutane 148
ACCUTREND GLUCOSE 162
acebutolol hcl 126
ACETADOTE 68
acetaminophen 30
acetaminophen-codeine 32
acetazolamide 166
acetazolamide er 166
acetazolamide sodium 166
acetic acid 186, 261
acetylcysteine 68, 147
ACIPHEX 279
acitretin 151
ACTEMRA 26
ACTEMRA ACTPEN 26
ACTHAR 170
ACTHAR GEL 170
ACTHIB 281
ACTIFLOVIT EAR HEALTH 247
ACTIFOAM COLLAGEN SPONGE .. 198
ACTI-LANCE 28G 208
ACTI-LANCE LITE LANCETS 28G . 208
ACTI-LANCE SPECIAL LANCETS 17G 208
ACTI-LANCE UNIVERSAL 23G 208
ACTIMMUNE 104
ACTIVASE 193
ACTIVELLA 177
ACTONEL 168
ACTOPLUS MET 67
ACTOS 67
ACULAR 257
ACULAR LS 257
ACUVAIL 257
acyclovir 124, 153
acyclovir sodium 125
ACZONE 147
ADACEL 277
ADAKVEO 196
adalimumab-aacf (2 pen) 22
adalimumab-aacf (2 syringe) 22
adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt) 22
adalimumab-aacf(ps/uv starter) 22
adalimumab-aaty (1 pen) 23
adalimumab-aaty (2 pen) 23
adalimumab-aaty (2 syringe) 23
adalimumab-aaty cd/uc/hs start 23
adalimumab-adaz 23
adalimumab-adbm (2 pen) 23
adalimumab-adbm (2 syringe) 23
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 23
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 23
adalimumab-fkjp (2 pen) 23
adalimumab-fkjp (2 syringe) 23
adalimumab-ryvk (2 pen) 23
adalimumab-ryvk (2 syringe) 23
adapalene 148
ADAPALENE 148
adapalene-benzoyl peroxide 148
ADASUVE 117
ADBRY 154
ADCETRIS 93
ADCIRCA 134
ADDERALL 15
ADDERALL XR 15
ADDYI 271
adefovir dipivoxil 123
ADEMPAS 134
adenosine 40
ADIPEX-P 17
adjustable lancing device 208
ADLARITY 266
ADMELOG 61
ADMELOG SOLOSTAR 61
ADRENALIN 286
ADRENALIN-NACL 286
adriamycin 102
ADTHYZA 276
ADVAIR DISKUS 41
ADVAIR HFA 41
ADVANCE INTUITION TEST 162
ADVANCE MICRO-DRAW TEST 162
ADVANCED MOBILE LANCET 208
ADVATE 188
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLE 219
ADVOCATE INSULIN PEN NEEDLES 219
ADVOCATE INSULIN SYRINGE 219
ADVOCATE LANCETS 208
ADVOCATE LANCETS 30G 208
ADVOCATE LANCING DEVICE 208
ADVOCATE RAPID-SAFE LANCING 208
ADVOCATE REDI-CODE 162
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST 162
ADVOCATE SAFETY LANCETS 208
ADVOCATE SAFETY LANCETS 21G 208
ADVOCATE SAFETY LANCETS 23G 208
ADVOCATE SAFETY LANCETS 26G 208
ADVOCATE SAFETY LANCETS 28G 208
ADVOCATE TEST 162
ADYNOVATE 188
ADZENYS XR-ODT 16
adzynma 187
AFINITOR 100
AFINITOR DISPERZ 100
afirmelle 138
AFLURIA 283
AFLURIA PRESERVATIVE FREE ... 283
AFREZZA 61
AFSTYLA 188
aftera 141
afterpill 141
AGAMATRIX AMP TEST 162
AGAMATRIX JAZZ TEST 162
AGAMATRIX PRESTO TEST 162
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS 208
AGAMREE 144
AGGRASTAT 191
AGRYLIN 193
AIMOVIG 226
aimsco lubricated 206
AIMSCO TWIST LANCETS 32G 208
AIMSCO TWIST LANCETS 33G 208
AIRDUO RESPICLICK 113/14 41
AIRDUO RESPICLICK 232/14 41
AIRDUO RESPICLICK 55/14 42
AIRSUPRA 42
AJOVY 226
AKEEGA 98
ak-fluor 256
AKLIEF 148
AKOVAZ 286, 287
AKTEN 257
AKYNZEO 70
AKYNZEO (READY-TO-USE) 70
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) 70
ALA SCALP 154
ala-cort 154
albendazole 38

ALBUKED 25 192
ALBUKED 5 192
ALBUMIN HUMAN 192
ALBUMINEX 192
ALBUMIN-ZLB 192
ALBURX 192
ALBUTEIN 192
albuterol sulfate 43
ALBUTEROL SULFATE 43
albuterol sulfate hfa 43
ALCAINE 257
alclometasone dipropionate 154
ALDACTONE 167
ALDURAZYME 174
ALECENSA 91
alendronate sodium 168
alfuzosin hcl er 185
ALHEMO 187
ALIMTA 90
aliskiren fumarate 83
ALKINDI SPRINKLE 144
allbee/c 238
allopurinol 187
allopurinol sodium 187
ALLZITAL 30
almotriptan malate 227
ALOCRIL 255
alogliptin benzoate 60
alogliptin-metformin hcl 60
alogliptin-pioglitazone 61
alophen 203
ALOPRIM 187
ALORA 178
alosetron hcl 180
ALPHAGAN P 258
ALPHANATE 188
ALPHANINE SD 188
alprazolam 39
alprazolam er 39
ALPRAZOLAM INTENSOL 39
alprazolam xr 39
ALPROLIX 188
alprostadil 133
ALREX 258
ALTACE 78
altafluor benox 256
altavera 138
ALTOPREV 75
ALTRENO 148
ALTUVIIIO 188
ALUNBRIG 92
ALVAIZ 197
ALVESCO 45
alvimopan 183
alyacen 1/35 138
alyacen 7/7/7 143
ALYFTREK 274
ALYGLO 263
ALYMSYS 111
alyq 134
amantadine hcl 112
AMBIEN 200
AMBIEN CR 200
AMBISOME 71
ambrisentan 134
amcinonide 154
AMCINONIDE 154
AMELUZ 159
amethyst 141
AMIDATE 184
amikacin sulfate 21
amiloride hcl 167
amiloride-hydrochlorothiazide 167
aminocaproic acid 197
aminophylline 46
AMINOSYN II 252
aminosyn ii 252
AMINOSYN-PF 252
AMINOSYN-PF 7% 252
amiodarone hcl 41
AMITIZA 180
amitriptyline hcl 58
AMJEVITA 23, 24
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG .24
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG .24
amlodipine besy-benazepril hcl 77
amlodipine besylate 128
amlodipine besylate-valsartan 80
amlodipine-atorvastatin 132
amlodipine-olmesartan 80
amlodipine-valsartan-hctz 82
amnesteem 148
Amnesteem 149
AMNIOTEXT 160
AMONDYS 45 251
amoxapine 58
amoxicill-clarithro-lansopraz 280
amoxicillin 264
amoxicillin-pot clavulanate 265
amoxicillin-pot clavulanate er 265
AMPHADASE 233
AMPHENOL-40 160
amphetamine sulfate 16
amphetamine-dextroamphet er 15
amphetamine-dextroamphetamine 15
amphet-dextroamphet 3-bead er 15
amphotericin b 71
amphotericin b liposome 72
ampicillin 264
ampicillin sodium 264
ampicillin-sulbactam sodium 265
AMPYRA 270
AMRIX 247
AMVISC 260
AMVISC PLUS 260
AMVUTTRA 271
AMZEEQ 147
ANAFRANIL 58
anagrelide hcl 193
ANALPRAM-HC 38
ANAPROX DS 27
ANASCORP 262
anastrozole 104
ANAVIP 262
ANCOBON 72
ANDEXXA 68
ANDROGEL PUMP 36
ANECTINE 251
ANESTHESIA S/I-40A 184
ANESTHESIA S/I-40H 184
ANESTHESIA S/I-40S 184
ANGELIQ 177
ANGIOMAX 47
ANKTIVA 104
ANNOVERA 141
ANORO ELLIPTA 42
anti-oxidant 240
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS 262
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS 262
ANUSOL-HC 38
ANZEMET 69
APADAZ 35
apap-caff-dihydrocodeine 32
APHEXDA 194
APIDRA 61
APIDRA SOLOSTAR 61
APLENZIN 55
APOKYN 113
apomorphine hcl 113
APONVIE 71
apraclonidine hcl 258
aprepitant 71
APRETUDE 121
apri 138
APRISO 181
APTENSIO XR 18
APTIOM 48
APTIVUS 121
aq insulin syringe 219
aqinject pen needle 219
AQNEURSA 271
AQUALANCE LANCETS 30G 208
AQUASOL A 287
aquastat 230
Aquastat Sfr 230
ARAKODA 87
ARALAST NP 274
aranelle 143
ARANESP (ALBUMIN FREE) 194
ARAVA 29
ARAZLO 149
ARCALYST 26
AREXVY 283
arformoterol tartrate 43
ARGATROBAN 48
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE 48
argyle sterile saline 186
argyle sterile water 234
ARICEPT 266
ARIKAYCE 21
ARIMIDEX 104
aripiprazole 118
ARISTADA 118
ARISTADA INITIO 118
ARIXTRA 47
armodafinil 18
ARMOUR THYROID 276

ARNUITY ELLIPTA 45
AROMASIN 104
ARRANON 90
arsenic trioxide 104
ARTESUNATE 87
ARTHROTEC 27
articadent dental 203
ARTISS 197
ARZERRA 92
ASCENIV 263
ASCLERA 235
ascomp-codeine 32
ASCOR 287
asenapine maleate 116
ashlyna 142
ASMANEX (120 METERED DOSES) 45
ASMANEX (14 METERED DOSES) 45
ASMANEX (30 METERED DOSES) 45
ASMANEX (60 METERED DOSES) 45
ASMANEX HFA 45
ASPARLAS 103
aspirin 30
aspirin 81 30
aspirin adult low dose 30
aspirin adult low strength 30
aspirin childrens 30
aspirin ec adult low dose 30
aspirin ec low dose 30
aspirin ec low strength 30
aspirin low dose 30
aspirin regimen 31
aspirin-dipyridamole er 192
ASPRUZYO SPRINKLE 38
ASSURE 3 TEST 162
ASSURE 4 TEST 162
ASSURE COMFORT LANCETS 28G 208
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES 219
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES 219
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 219
ASSURE II 162
ASSURE II CHECK 162
ASSURE LANCE LANCETS 208
ASSURE LANCE LANCETS 21G 208
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G 208
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G 208
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G 209
ASSURE PLATINUM 162
ASSURE PRISM MULTI TEST 162
ASSURE PRO TEST 162
ASTAGRAF XL 234
ATABEX EC 243
ATABEX OB 243
ATACAND 81
ATACAND HCT 80
atazanavir sulfate 121
ATELVIA 168
atenolol 126
atenolol-chlorthalidone 83
ATGAM 233
ATIVAN 39
atomoxetine hcl 15
ATORVALIQ 75
atorvastatin calcium 75
atovaquone 84
atovaquone-proguanil hcl 87
atracurium besylate 251
ATRALIN 149
ATROPINE SULFATE 254, 278
ATROVENT HFA 43
ATTRUBY 135
AUBAGIO 268
aubra eq 138
AUDENZ 283
AUGMENTIN 265
AUGMENTIN ES-600 265
AUGTYRO 101, 102
aum insulin safety pen needle 219
AUM MINI INSULIN PEN NEEDLE 219
aum pen needle 219
AUM READYGARD DUO PEN NEEDLE 219
AUM SAFETY PEN NEEDLE 219
AURLUMYN 133
AURORA LANCET SUPER THIN 30G 209
AURORA LANCET THIN 23G 209
AURORA PEN NEEDLES 219
aurovela 1.5/30 138
aurovela 1/20 138
aurovela 24 fe 138
aurovela fe 1.5/30 138
aurovela fe 1/20 138
AURYXIA 183
AUSTEDO 267
AUSTEDO XR 267
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 267
AUTO-LANCET 209
AUTO-LANCET MINI 209
AUTOLET II CLINISAFE 209
AUTOLET LANCING DEVICE 209
AUTOLET LITE CLINISAFE 209
AUTOLET LITE LANCING DEVICE 209
AUTOLET LITE STARTER PACK 209
AUTOLET MINI 209
AUTOLET PLATFORMS 209
AUTOLET PLUS 209
AUVELITY 55
AUVI-Q 286
AVALIDE 80
avanafil 135
AVAPRO 81
AVASTIN 111
AVEED 36
aviane 138
AVITENE 198
AVITENE FLOUR 198
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 103
AVODART 185
AVONEX PEN 268
AVONEX PREFILLED 268
AVSOLA 184
AVYCAZ 135
AXTLE 90
ayuna 138
AYVAKIT 101
azacitidine 90
AZACTAM 86
azasan 235
AZASITE 255
azathioprine 235
AZATHIOPRINE SODIUM 235
azelaic acid 159
azelastine hcl 250, 255
azelastine-fluticasone 250
AZELEX 149
AZESCO 243
AZILECT 112
azithromycin 205
AZMIRO 37
AZOPT 256
AZOR 80
AZSTARYS 18
aztreonam 86
AZULFIDINE 181
AZULFIDINE EN-TABS 181
azurette 137
b complex (lipotropics) 247
b complex 100 tr 239
b complex formula 1 (lipotrop) 247
b complex formula 1 (w/ fa) 239
b complex-b12 238
b complex-c 238
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA 239
b complex-c-folic acid 238
b-100 b-complex 239
b-100 complex cr 239
b-100 tr 239
b-50 complex 239
BABYBIG 263
bac (butalbital-acetamin-caff) 30
bacitracin 255
bacitracin-polymyxin b 256
bacitra-neomycin-polymyxin-hc 258
baclofen 247
BACTRIM 84
BACTRIM DS 84
BAFIERTAM 269
balance b-100 247
balance b-50 239
balanced b complex 239
balanced b-100 239
balanced b-50 complex 247
balanced b-50/fa 239
BALCOLTRA 138
BALFAXAR 188
balsalazide disodium 181
BALVERSA 97
balziva 138
BANZEL 48, 49
BAQSIMI ONE PACK 60
BAQSIMI TWO PACK 60
BARACLUDE 123
BARHEMSYS 70

BASAGLAR KWIKPEN 61
BASAGLAR TEMPO PEN 61
BAVENCIO 94
BAXDELA 179
bayer aspirin ec low dose 31
bayer low dose 31
BCG VACCINE 281
b-compleet-100 239
b-compleet-50 239
b-complex 239
b-complex (folic acid) 239
b-complex balanced 238
b-complex plus b-12 238
b-complex/b-12 238
b-complex/electrolytes 239
b-complex/vitamin c 238
b-complex-c 238
b-complex-c (w/folic acid) 238
BD AUTOSHIELD DUO 219
bd heparin posiflush 47
BD INS SYR ULTRAFINE 1/2UNIT . 219
BD INSULIN SYR ULTRAFINE II 219
BD INSULIN SYRINGE 219
BD INSULIN SYRINGE HALF-UNIT 219
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 219
BD INSULIN SYRINGE U/F 219
BD INSULIN SYRINGE U-500 219
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 219
BD MICROTAINER LANCETS 209
BD PEN NEEDLE MICRO ULTRAFINE 219
BD PEN NEEDLE MINI U/F 219
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 219
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN . 219
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 219
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 219
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 219
bd posiflush 231
Bd Posiflush Safescrub 231
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 219
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 219
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 219
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 219
BELBUCA 35
BELEODAQ 98
BELRAPZO 89
BELSOMRA 200
benazepril hcl 78
benazepril-hydrochlorothiazide 77
bendamustine hcl 89
BENDEKA 89
BENEFIX 188
BENICAR 81
BENICAR HCT 80
BENLYSTA 231, 232
BENTYL 278
BENZALKONIUM CHLORIDE 119
BENZAMYCIN 148
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 35
BENZNIDAZOLE 38
benzonatate 146
benzoyl peroxide-erythromycin 148
benzphetamine hcl 17
benztropine mesylate 111
BEOVU 261
bepotastine besilate 255
BEPREVE 255
BERINERT 190
BESIVANCE 255
BESPONSA 93
BESREMI 104
BETADINE OPHTHALMIC PREP 256
betaine 172
betamethasone dipropionate 154
betamethasone dipropionate aug 154
betamethasone valerate 154
BETAPACE 127
BETAPACE AF 127
BETASERON 268
betaxolol hcl 126, 253
bethanechol chloride 281
BETHKIS 21
BETIMOL 253
BETOPTIC-S 253
better b complex 238
BEVESPI AEROSPHERE 42
bexagliflozin 65
bexarotene 110, 161
BEXSERO 282
BEYAZ 138
BEYFORTUS 262
bicalutamide 90
BICILLIN C-R 265
BICILLIN C-R 900/300 265
BICILLIN L-A 264
BIDIL 132
big 100 239
big 100 (biotin) 239
BIJUVA 177
BIKTARVY 119
BILTRICIDE 38
bimatoprost 159, 260
BIMZELX 151
BINOSTO 168
BIORPHEN 287
BIOTEL CARE TEST STRIPS 162
BIOTHRAX 282
bis subcit-metronid-tetracyc 280
bisacodyl ec 203
bismuth/metronidaz/tetracyclin 280
bisoprolol fumarate 126
bisoprolol-hydrochlorothiazide 83
bivalirudin trifluoroacetate 47
BIVIGAM 263
BIZENGRI (750 MG DOSE) 101
BKEMV 190
bleomycin sulfate 102
BLINCYTO 96
blisovi 24 fe 138
blisovi fe 1.5/30 138
blisovi fe 1/20 138
BLOOD GLUCOSE TEST 162
blood glucose test strips 333 162
BLOXIVERZ 88
BLULINK GLUCOSE TEST 162
BONJESTA 70
BOOSTRIX 277
bortezomib 101
BORUZU 101
bosentan 134
BOSULIF 95
BOTOX 251
BOTOX COSMETIC 157
b-plex 238
BRAFTOVI 96
BRENZAVVY 65
BREO ELLIPTA 42
BREVIBLOC 126
BREVIBLOC IN NACL 126
BREVIBLOC PREMIXED 127
BREVIBLOC PREMIXED DS 126
BREVITAL SODIUM 184
BREXAFEMME 71
Breyna 42
BREZTRI AEROSPHERE 42
BRIDION 68
briellyn 138
BRILINTA 191
brimonidine tartrate 159, 258
brimonidine tartrate-timolol 253
brinzolamide 256
BRIUMVI 269
BRIVIACT 49
BRIXADI 35
BRIXADI (WEEKLY) 35
bromfenac sodium 257
bromfenac sodium (once-daily) 257
bromocriptine mesylate 112
bromphen-pseudoeph-dm 147
BROMSITE 257
BRONCHITOL 274
BRONCHITOL TOLERANCE TEST . 275
BROVANA 43
BRUKINSA 96
BRYHALI 154
BSS 257
BSS PLUS 257
BUCAPSOL 39
budesonide 37, 45, 144
budesonide er 144
budesonide-formoterol fumarate 42
bumetanide 167
BUMEX 167
BUPHENYL 176
BUPIVACAINE FISIOPHARMA 204
bupivacaine hcl (pf) 204
bupivacaine-epinephrine 204
bupivacaine-epinephrine (pf) 203

buprenorphine 36
buprenorphine hcl 35, 36
buprenorphine hcl-naloxone hcl 36
bupropion hcl 55
bupropion hcl er (smoking det) 271
bupropion hcl er (sr) 55
bupropion hcl er (xl) 55
buspirone hcl 39
busulfan 89
BUSULFEX 89
butalbital-acetaminophen 30
butalbital-apap-caff-cod 32
butalbital-apap-caffeine 30
butalbital-asa-caff-codeine 32
butalbital-aspirin-caffeine 30
butorphanol tartrate 36
BUTRANS 36
BYFAVO 199
BYLVAY 181
BYLVAY (PELLETS) 181
BYOOVIZ 261
BYSTOLIC 127
CABENUVA 119
cabergoline 170
CABLIVI 190
CABOMETYX 100
CABTREO 148
CADUET 132
caffeine citrate 17
calcipotriene 153
calcipotriene-betameth diprop 161
calcitonin (salmon) 169
calcitrene 153
calcitriol 153, 172
calcium acetate 183
calcium acetate (phos binder) 183
CALCIUM GLUCONATE 228
CALCIUM GLUCONATE-NACL 228
CALDOLOR 27
CALQUENCE 96
CAMBIA 227
CAMCEVI 107
camila 143
CAMPTOSAR 110
camrese 142
camrese lo 142
CAMZYOS 132
CANASA 181
CANCIDAS 71
candesartan cilexetil 81
candesartan cilexetil-hctz 80
capecitabine 90
CAPLYTA 114
CAPRELSA 100
captopril 78
captopril-hydrochlorothiazide 77
CAPVAXIVE 282
CARAFATE 278
CARBAGLU 172
carbamazepine 49
carbamazepine er 49
CARBATROL 49
carbidopa 112
carbidopa-levodopa 112
carbidopa-levodopa er 112
carbidopa-levodopa-entacapone 112
carbinoxamine maleate 73
carbinoxamine maleate er 73
carboplatin 89
carboprost tromethamine 262
CARDENE IV 128
CARDIOCOM LANCING DEVICE 209
CARDIZEM 129
CARDIZEM CD 128
CARDIZEM LA 128, 129
CARDURA 82, 83
CARDURA XL 185
CAREFINE PEN NEEDLES 220
careone advanced lancing dev 209
CAREONE INSULIN SYRINGE 220
CAREONE LANCET SUPER THIN 30G 209
CAREONE LANCET THIN 23G 209
CAREONE UNIFINE PENTIPS PLUS 220
CARESENS LANCETS 209
CARESENS LANCETS 30G 209
CARESENS N GLUCOSE TEST 162
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 220
CARETOUCH LANCING/EJECTOR 209
CARETOUCH PEN NEEDLES 220
CARETOUCH SAFETY LANCETS 209
CARETOUCH SAFETY LANCETS 26G 209
CARETOUCH TEST 162
CARETOUCH TWIST LANCETS 28G 209
CARETOUCH TWIST LANCETS 30G 209
CARETOUCH TWIST LANCETS 33G 209
CARETOUCH TWIST MC LANCETS 30G 209
carglumic acid 172
carisoprodol 247
carmustine 109
CARNITOR 169
CARNITOR SF 169
CAROSPIR 167
carteolol hcl 253
cartia xt 129
carvedilol 126
carvedilol phosphate er 126
CASODEX 90
CASPOFUNGIN ACETATE 71
CATAPRES-TTS-1 82
CATAPRES-TTS-2 82
CATAPRES-TTS-3 82
CATHFLO ACTIVASE 193
CAVERJECT 133
CAVERJECT IMPULSE 133
CAYA 207
CAYSTON 86
cefaclor 136
CEFACLOR ER 136
cefadroxil 135, 136
cefazolin sodium 136
CEFAZOLIN SODIUM 136
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE 136
cefazolin sodium-dextrose 136
cefdinir 136
cefepime hcl 137
CEFEPIME HCL 137
CEFEPIME-DEXTROSE 137
cefixime 136
CEFOTAN 136
cefotaxime sodium 136
cefotetan disodium 136
cefoxitin sodium 136
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE 136
cefpodoxime proxetil 136
cefprozil 136
ceftazidime 137
ceftriaxone sodium 137
CEFTRIAXONE SODIUM 137
ceftriaxone sodium in dextrose 137
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE 137
cefuroxime axetil 136
cefuroxime sodium 136
CELEBREX 26
celecoxib 26
CELESTONE SOLUSPAN 146
CELEXA 56
CELLCEPT 233
CELLCEPT INTRAVENOUS 233
CELLUGEL 260
CELONTIN 54
cephalexin 136
CEPROTIN 191
CEQUA 257
CEQUR SIMPLICITY 2U 220
CERDELGA 193
CEREBYX 53
CEREZYME 193
CERVIDIL 262
cetirizine hcl 73
CETRAXAL 261
cetrorelix acetate 170
CETROTIDE 170
cevimeline hcl 237
charlotte 24 fe 138
chateal eq 138
CHEMET 68
CHENODAL 179
childrens aspirin 31
chloramphenicol sod succinate 85
chlordiazepoxide hcl 39
chlordiazepoxide-amitriptyline 266
chlordiazepoxide-clidinium 278
chlorhexidine gluconate 236
chloroprocaine hcl (pf) 205
chloroquine phosphate 87
chlorothiazide sodium 167
chlorpromazine hcl 117
CHLORPROMAZINE HCL 117
chlorthalidone 167
chlorzoxazone 247
CHOLBAM 179

cholestyramine 74
cholestyramine light 74
CHORIONIC GONADOTROPIN 174
CHOSEN LANCETS 30G 209
CHOSEN LANCING DEVICE 209
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G ... 209
chromic chloride 231
CIALIS 135
CIBINQO 153
ciclodan 150
ciclopirox 150
ciclopirox olamine 150
cidofovir 123
cilostazol 191
CILOXAN 255
CIMDUO 119
CIMERLI 261
cimetidine 278
cimetidine hcl 278
CIMZIA 184
CIMZIA (2 SYRINGE) 184
CIMZIA-STARTER 184
cinacalcet hcl 169
CINQAIR 44
CINRYZE 190
CINVANTI 71
CIPRO 179
CIPRO HC 261
ciprofloxacin hcl 179, 255, 261
ciprofloxacin in d5w 179
ciprofloxacin-dexamethasone 261
ciprofloxacin-fluocinolone pf 261
cisatracurium besylate 251
cisatracurium besylate (pf) 251
cisplatin 89
CISPLATIN 89
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 56
citalopram hydrobromide 56
CITRANATAL 90 DHA 246
CITRANATAL ASSURE 246
CITRANATAL HARMONY 246
CITRANATAL MEDLEY 246
citrate of magnesia 202
citroma 202
cladribine 90
claravis 149
CLARINEX 73
CLARINEX-D 12 HOUR 146
clarithromycin 205
clarithromycin er 205
CLASSIC PRENATAL 243
CLEANLET LANCETS 28G 209
clearlax 201
CLEMASTINE FUMARATE 73
clemastine fumarate 73
CLENPIQ 200
CLEOCIN 86, 285
CLEOCIN PHOSPHATE 86
CLEOCIN-T 147
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST 162
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE 162
CLEVER CHEK LANCETS 209
CLEVER CHEK TEST 162
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST 162
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 209, 220
CLEVER CHOICE LANCETS 21G 209
CLEVER CHOICE LANCETS 23G 209
CLEVER CHOICE LANCETS 28G 209
CLEVER CHOICE MICRO TEST 162
CLEVER CHOICE NO CODING 162
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM .. 162
CLEVIPREX 129
CLIMARA 178
CLIMARA PRO 177
Clindacin 147
clindacin etz 147
clindacin-p 147
CLINDAGEL 147
clindamycin hcl 86
clindamycin palmitate hcl 86
clindamycin phos (once-daily) 147
clindamycin phos (twice-daily) 147
clindamycin phos-benzoyl perox 148
clindamycin phosphate 86, 148, 285
clindamycin phosphate in d5w 86
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL 86
clindamycin-tretinoin 148
CLINDESSE 285
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) 252
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) .. 252
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) 252
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 252
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 252
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 252
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 252
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) 252
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 252
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 252
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 252
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 252
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 252
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 252
clinisol sf 252
CLINOLIPID 253
clinpro 5000 237
clobazam 48
clobetasol propionate 155, 258
clobetasol propionate e 154
clobetasol propionate emulsion 154
CLOBEX 155
CLOBEX SPRAY 155
clocortolone pivalate 155
clodan 155
CLODERM 155
clofarabine 90
Clomid 175
clomiphene citrate 175
clomipramine hcl 58
clonazepam 48
clonidine 82
clonidine er 82
clonidine hcl 82
clonidine hcl er 15
clopidogrel bisulfate 193
clorazepate dipotassium 40
clotrimazole 157, 236
clotrimazole-betamethasone 150
clozapine 116
CLOZARIL 116
C-NATE DHA 243
CNJ-016 263
COAGADEX 188
COAGUCHEK LANCETS 209
coal tar 160
COARTEM 87
cobalefol 239
COBENFY 117
COBENFY STARTER PACK 117
COCAINE HCL 250
CODEINE SULFATE 32
codeine sulfate 32
CODITUSSIN AC 146
CODITUSSIN DAC 146
COLAZAL 181
colchicine 187
colchicine-probenecid 187
colesevelam hcl 74
COLESTID 74
colestipol hcl 74
colistimethate sodium (cba) 87
COLUMVI 96
COLY-MYCIN M 87
COMBIGAN 253
COMBIPATCH 177
COMBIVENT RESPIMAT 42
COMBOGESIC 27
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 100
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 100
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) . 100
COMFORT ASSURED LANCETS 28G 209
COMFORT ASSURED LANCETS 33G 210
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE . 220
COMFORT EZ MICRO PEN NEEDLES 220
COMFORT EZ PEN NEEDLES 220
COMFORT EZ PRO PEN NEEDLES . 220
COMFORT EZ SHORT PEN NEEDLES 220
COMFORT TOUCH INSULIN PEN NEED 220
COMFORT TOUCH LANCETS 31G . 210
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G 210
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G 210
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G 210
COMIRNATY 283
COMPLERA 119
COMPLETE NATAL DHA 245
COMPLETENATE 243

complex b-100 239
COMPLEX B-100-INOSITOL 247
complex b-50 prolonged release 239
compro 117
CO-NATAL FA 243
CONCEPT DHA 243
CONCEPT OB 243
CONCERTA 18
condoms 206
CONDYLOX 158
CONJUPRI 129
constulose 201
CONTOUR NEXT TEST 162
CONTOUR PLUS TEST 162
CONTOUR TEST 162
CONTRAVE 17
CONZIP 32
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 162
COPASIL 160
COPAXONE 270
COPIKTRA 109
CORDRAN 155
COREG 126
COREG CR 126
CORIFACT 188
CORLANOR 135
CORTEF 144
CORTENEMA 37
CORTIFOAM 37
cortisone acetate 144
CORTISPORIN-TC 262
CORTROPHIN 170
CORTROPHIN GEL 170
CORVERT 41
COSELA 108
COSENTYX 151
COSENTYX (300 MG DOSE) 151
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 151
COSENTYX SENSOREADY PEN 151
COSENTYX UNOREADY 151
COSOPT 253
COSOPT PF 253
COTELLIC 99
COTEMPLA XR-ODT 18
COXANTO 27
COZAAR 81
CRENESSITY 170
CREON 166
CRESEMBA 72
CRESTOR 75
CREXONT 113
CRINONE 286
CROFAB 262
cromolyn sodium 43, 180, 255
crotan 160
cryselle-28 138
CRYSVITA 177
CTEXLI 179
cupric chloride 231
CUPRIMINE 232
curity sterile saline 186
CUTAQUIG 263
CUVITRU 263
CUVPOSA 280
CUVRIOR 232
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST 163
cvs aspirin adult low dose 31
cvs aspirin adult low strength 31
cvs aspirin ec 31
cvs aspirin low dose 31
cvs aspirin low strength 31
cvs b complex plus c 238
cvs balanced b50 247
cvs c-lax laxative 203
cvs folic acid 195
cvs gentle laxative 203
cvs gentle laxative womens 203
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS 163
cvs inner ear plus 247
CVS LANCETS ORIGINAL 210
CVS LANCETS THIN 26G 210
cvs lancing device 210
cvs magnesium citrate 202
cvs milk of magnesia 202
cvs nicotine 271
cvs nicotine polacrilex 271
CVS PRENATAL 243
cvs purelax 201
cvs super b complex/c 238
cvs true metrix glucose test 163
CVS ULTRA THIN LANCETS 210
cyanocobalamin 194
CYANOKIT 68
cyclobenzaprine hcl 247, 248
cyclobenzaprine hcl er 247
CYCLOGYL 254
CYCLOMYDRIL 254
cyclopentolate hcl 254
cyclophosphamide 108
CYCLOPHOSPHAMIDE 108
cycloserine 88
CYCLOSET 61
cyclosporine 233, 257
cyclosporine modified 232
CYGNUS DUAL 160
CYKLOKAPRON 197
CYLTEZO (2 PEN) 24
CYLTEZO (2 SYRINGE) 24
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER 24
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER 24
CYMBALTA 57
cyproheptadine hcl 74
CYRAMZA 111
cyred eq 138
CYSTADANE 172
CYSTADROPS 260
CYSTAGON 185
CYSTARAN 260
cytarabine 90
cytarabine (pf) 90
CYTOGAM 263
CYTOMEL 276
CYTOTEC 280
dabigatran etexilate mesylate 48
dacarbazine 104
dactinomycin 102
daily multiple vitamins 240
daily value multivitamin 241
daily vitamins 241
daily vite 241
daily vite multivitamin/iron 240
daily vites 241
daily-vite 241
daily-vite multivitamin 241
dalfampridine er 270
DALIRESP 45
DALVANCE 85
danazol 37
DANTRIUM 248
dantrolene sodium 248
DANYELZA 93
DANZITEN 95
dapagliflozin pro-metformin er 66
dapagliflozin propanediol 66
dapsone 86, 148
DAPTACEL 277
DAPTOMYCIN 85
daptomycin-sodium chloride 85
DARAPRIM 87
darifenacin hydrobromide er 281
darunavir 121
DARZALEX 93
DARZALEX FASPRO 103
dasatinib 95
dasetta 1/35 (28) 138
dasetta 7/7/7 143
DATROWAY 110
DAUNORUBICIN HCL 102
DAURISMO 98
DAVIMET-FLUORIDE 242
DAXXIFY 157
DAYBUE 251
DAYPRO 27
daysee 142
DAYTRANA 18
DAYVIGO 200
D-CARE BLOOD GLUCOSE 163
DDAVP 177
DDAVP PF 177
deblitane 143
decitabine 90
deferasirox 68
deferasirox granules 68
deferiprone 68
deferoxamine mesylate 68
DEFITELIO 193
deflazacort 144
DELESTROGEN 178
DELSTRIGO 119
delyla 138
DELZICOL 181
demeclocycline hcl 275
DEMEROL 32
DEMSER 79
DENAVIR 153

DENGVAXIA 283
denta 5000 plus 237
denta 5000 plus sensitive 236
dentagel 237
DEPAKOTE 54
DEPAKOTE ER 54
DEPAKOTE SPRINKLES 54
DEPEN TITRATABS 232
DEPO-ESTRADIOL 178
DEPO-MEDROL 144
DEPO-PROVERA 142
DEPO-SUBQ PROVERA 104 142
DEPO-TESTOSTERONE 37
DERMACINRX PRETRATE 243
DERMA-SMOOTHE/FS BODY 155
DERMA-SMOOTHE/FS SCALP 155
DERMOTIC 262
DESCOVY 119
DESFERAL 68
desflurane 185
desipramine hcl 58
desloratadine 73
desmopressin ace spray refrig 177
desmopressin acetate 177
desmopressin acetate pf 177
desmopressin acetate spray 177
desogestrel-ethinyl estradiol 137
desonide 155
DESOWEN 155
desoximetasone 155
destress-iron 240
DESVENLAFAXINE ER 57
desvenlafaxine succinate er 57
DETROL 281
dexameth sod phos (pf) +rfid 144
dexamethasone 144
DEXAMETHASONE INTENSOL 144
dexamethasone sod phos +rfid 144
dexamethasone sod phosphate pf 144
DEXAMETHASONE SOD PHOSPHATE PF 144
dexamethasone sodium phosphate 144, 259
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 144
DEXCOM G6 RECEIVER 210
DEXCOM G6 SENSOR 210
DEXCOM G6 TRANSMITTER 210
DEXCOM G7 RECEIVER 210
DEXCOM G7 SENSOR 210
DEXEDRINE 16
DEXILANT 279
dexlansoprazole 279
DEXMEDETOMIDINE HCL 200
dexmedetomidine hcl 200
dexmedetomidine hcl in nacl 200
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE 200
dexmethylphenidate hcl 18, 19
dexmethylphenidate hcl er 18
dexrazoxane 105
dexrazoxane hcl 105
DEXTENZA 259
dextroamphetamine sulfate 16
dextroamphetamine sulfate er 16
dextrose 253
DEXTROSE 253
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 228
dextrose in lactated ringers 228
dextrose-nacl 228
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 228
dextrose-sodium chloride 228
DEXYCU 259
DHIVY 113
DIACOMIT 49
dialyvite 800 238
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST 163
DIATHRIVE GLUCOSE TEST 163
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 210
DIATHRIVE LANCETS 210
DIATHRIVE LANCING DEVICE 210
DIATHRIVE PEN NEEDLE 220
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST 163
diazepam 40, 48
diazepam intensol 40
diazoxide 60
DIBENZYLINE 79
dichlorphenamide 166
DICLEGIS 70
diclofenac epolamine 150
diclofenac potassium 27
diclofenac potassium(migraine) 227
diclofenac sodium 27, 150, 151, 257
diclofenac sodium er 27
diclofenac-misoprostol 27
dicloxacillin sodium 265
dicyclomine hcl 278
diethylpropion hcl 17
diethylpropion hcl er 17
DIFFERIN 149
DIFICID 205
diflorasone diacetate 155
DIFLUCAN 72
diflunisal 31
difluprednate 259
DIGIFAB 68
digoxin 131, 132
dihydroergotamine mesylate 227
DILANTIN 54
DILANTIN INFATABS 53
DILANTIN-125 54
DILAUDID 32
diltiazem hcl 129, 130
DILTIAZEM HCL 129
diltiazem hcl er 129
diltiazem hcl er beads 129
diltiazem hcl er coated beads 129
diltiazem hcl-sodium chloride 130
dilt-xr 130
DIMENHYDRINATE 70
dimethyl fumarate 269
dimethyl fumarate starter pack 269
DIOVAN 81
DIOVAN HCT 80
DIPENTUM 181
diphenhydramine hcl 73
diphenoxylate-atropine 67
DIPRIVAN 184
DIPROLENE 155
dipyridamole 192
DISCOVISC 259
disopyramide phosphate 40
disulfiram 266
DIURIL 167
divalproex sodium 54
divalproex sodium er 54
DIVIGEL 178
dobutamine hcl 132
DOBUTAMINE-DEXTROSE 132
DOCETAXEL 107
DOCIVYX 107
dofetilide 41
DOJOLVI 253
dolishale 141
DOLOBID 31
donepezil hcl 266, 267
DOPAMINE HCL 132
DOPAMINE-DEXTROSE 132
DOPRAM 17
DOPTELET 197
DORYX MPC 275
dorzolamide hcl 256
dorzolamide hcl-timolol mal 253
dorzolamide hcl-timolol mal pf 253
dotti 178
DOVATO 120
doxazosin mesylate 83
doxepin hcl 58, 151, 199
doxercalciferol 172
DOXIL 102
doxorubicin hcl 102
doxorubicin hcl liposomal 102
doxy 100 275
doxycycline 159
doxycycline hyclate 276
doxycycline monohydrate 276
doxylamine-pyridoxine 70
DRISDOL 287
DRIZALMA SPRINKLE 57
dronabinol 70
droperidol 39
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE 210
DROPLET INSULIN SYRINGE 220
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G 210
DROPLET LANCING DEVICE 210
DROPLET MICRON 220
DROPLET PEN NEEDLES 220
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G 210
DROPSAFE ACTI-LANCE 23G 210
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 220
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 220

drospiren-eth estrad-levomefol 138
drospirenone-ethinyl estradiol 138
DROXIA 194
droxidopa 286
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G 210
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 220
DRUG MART UNIFINE PENTIPS PLUS 221
DRUG MART UNILET LANCETS 28G 210
DRUG MART UNILET LANCETS 30G 210
DRUG MART UNILET LANCETS 33G 210
DSUVIA 32
DUAKLIR PRESSAIR 42
DUAVEE 179
DUETACT 67
DUEXIS 27
dulcolax 202
dulcolax milk of magnesia 202
DULERA 42
duloxetine hcl 57
DUOBRII 161
DUO-CARE TEST 163
DUOPA 113
DUOVISC 259
DUPIXENT 154
duramorph 32
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN .. 206
DUREX REALFEEL 206
DUREX TROPICAL 206
DUREZOL 259
DUROLANE 249
DURYSTA 260
dutasteride 185
dutasteride-tamsulosin hcl 186
DUVYZAT 251
DYANAVEL XR 16
dyclopro 158
DYMISTA 250
DYRENIUM 167
DYSPORT 251
e.e.s. 400 205
E.E.S. GRANULES 205
ear health formula 247
ear health plus 247
easy comfort insulin syringe 221
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 221
EASY COMFORT LANCETS 210
EASY COMFORT LANCETS TWIST TOP 210
easy comfort pen needles 221
EASY COMFORT PEN NEEDLES 221
EASY GLIDE PEN NEEDLES 221
EASY MAX BLOOD GLUCOSE TEST 163
easy mini eject lancing device 210
easy mini lancing device 210
EASY PLUS II GLUCOSE TEST 163
EASY STEP TEST 163
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST 163
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS . 163
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 221
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE 163
EASY TOUCH INSULIN BARRELS . 221
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 221
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE . 221
EASY TOUCH LANCETS 21G 210
EASY TOUCH LANCETS 23G 210
EASY TOUCH LANCETS 26G 210
EASY TOUCH LANCETS 28G 210
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST 210
EASY TOUCH LANCETS 30G 210
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST 210
EASY TOUCH LANCETS 32G 210
EASY TOUCH LANCETS 32G/TWIST 211
EASY TOUCH LANCETS 33G/TWIST 211
EASY TOUCH LANCING DEVICE .. 211
EASY TOUCH PEN NEEDLES 221
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 21G 211
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 23G 211
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 26G 211
EASY TOUCH SAFETY LANCETS 28G 211
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLES 221
EASY TOUCH SHEATHLOCK SYRINGE 221
EASY TOUCH TEST 163
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST 163
EASY TRAK II GLUCOSE TEST 163
easygel 237
EASYGLUCO 163
EASYMAX 15 TEST 163
EASYMAX TEST 163
EASYPRO BLOOD GLUCOSE TEST 163
EASYPRO PLUS 163
EBGLYSS 154
EC-NAPROSYN 27
ec-naproxen 27
econazole nitrate 157
econtra one-step 141
ecotrin low strength 31
ECOZA 157
edaravone 250
EDARBI 81
EDARBYCLOR 80
EDECRIN 167
edetate calcium disodium 68
EDEX 133
EDLUAR 200
EDURANT 122
EDURANT PED 122
efavirenz 122
efavirenz-emtricitab-tenofo df 120
efavirenz-lamivudine-tenofovir 120
EFFEXOR XR 57, 58
EFFIENT 193
EGRIFTA SV 171
ELAHERE 103
ELAPRASE 174
ELCYS 253
ELELYSO 193
ELEMENT COMPACT TEST 163
ELEMENT TEST 163
ELEPSIA XR 49
ELESTRIN 178
eletriptan hydrobromide 227
ELFABRIO 170
ELIDEL 158
ELIGARD 107
ELIMITE 160
elinest 138
ELIQUIS 46
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ... 46
ELITEK 105
elite-ob 243
ELIXOPHYLLIN 46
ELLA 141
ELLENCE 102
ELMIRON 186
ELOCTATE 188
ELREXFIO 96
eltrombopag olamine 197
eluryng 141
ELYXYB 226
ELZONRIS 104
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 221
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT ... 221
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 221
EMBECTA INSULIN SYRINGE 221
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 221
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 221
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 221
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 221
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 221
EMBLAVEO 86
EMBRACE BLOOD GLUCOSE TEST 163
EMBRACE EVO BLOOD GLUCOSE TEST 163
EMBRACE LANCETS ULTRA THIN 30G 211
embrace lancing device/ejector 211
EMBRACE PEN NEEDLES 221
EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 21G 211

EMBRACE PRESSURE ACTIVATED 28G 211
EMBRACE PRO GLUCOSE TEST 163
EMBRACE TALK GLUCOSE TEST . 163
EMBRACE WAVE BLOOD GLUCOSE 163
EMEND 71
EMEND BIPACK 71
EMEND TRIPACK 71
EMERPHED 287
EMFLAZA 145
EMGALITY 226
EMGALITY (300 MG DOSE) 226
EMPAVELI 190
EMPLICITI 94
EMRELIS 93
EMROSI 159
EMSAM 55
emtricitabine 122
emtricitabine-tenofovir df 120
emtricitab-rilpivir-tenofov df 120
EMTRIVA 122
EMVERM 38
Emzahh 143
enalapril maleate 78
enalaprilat 78
enalapril-hydrochlorothiazide 77
ENBRACE HR 243
ENBREL 30
ENBREL MINI 29
ENBREL SURECLICK 30
ENCARE 285
ENDARI 194
ENDO AVITENE 198
endocet 35
ENDOMETRIN 286
endur-b 239
ENFAMIL EXPECTA 246
ENGERIX-B 283
ENHERTU 103
Enilloring 141
ENJAYMO 190
ENLITE GLUCOSE SENSOR 211
enoxaparin sodium 47
enpresse-28 143
enskyce 138
ENSPRYNG 234
ENSTILAR 161
entacapone 113
ENTADFI 186
entecavir 123
ENTRESTO 132
ENTYVIO 181
ENTYVIO PEN 182
enulose 182
ENVARSUS XR 234
EOHILIA 145
EPANED 78
EPCLUSA 124
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) 287
EPIDIOLEX 49
EPIDUO 148
EPIDUO FORTE 148
EPIFOAM 160
epinastine hcl 255
epinephrine 286, 287
EPINEPHRINE 287
epinephrine (anaphylaxis) 286
epinephrine bitartrate-nacl 287
EPINEPHRINE PF 287
EPINEPHRINESNAP 286
EPIPEN 2-PAK 286
EPIPEN JR 2-PAK 286
epitol 49
EPIVIR 122
EPKINLY 96
eplerenone 83
EPOGEN 194
epoprostenol sodium 133
EPRONTIA 49
EPSOLAY 149
eptifibatide 191
EPYSQLI 190
eq aspirin adult low dose 31
eq aspirin low dose 31
EQ BLOOD GLUCOSE TEST 163
eq clearlax 201
eq gentle laxative 203
eq laxative 201
eq magnesium citrate 202
eq nicotine 272
eq nicotine polacrilex 272
eq nicotine step 3 272
eql aspirin low dose 31
eql b complex 50 239
eql b-100 complex 239
eql clearlax 201
eql gentle laxative 203
eql laxative 203
eql magnesium citrate 202
EQL PRENATAL FORMULA 243
eql super b complex/vitamin c 238
EQUETRO 114
ERAXIS 71
ERBITUX 97
ergocalciferol 287
ERGOMAR 227
ergotamine-caffeine 226
eribulin mesylate 107
ERIVEDGE 98
ERLEADA 90
erlotinib hcl 97
ERMEZA 276
errin 143
ERTACZO 157
ertapenem sodium 85
ERVEBO 283
ery 148
ERYGEL 148
ERYPED 400 205
ery-tab 205
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 205
erythromycin 148, 205, 255
erythromycin base 205
erythromycin ethylsuccinate 205
erythromycin lactobionate 205
ERZOFRI 114
ESBRIET 275
escitalopram oxalate 56
ESKATA 160
eslicarbazepine acetate 49
esmolol hcl 127
ESMOLOL HCL 127
esmolol hcl-sodium chloride 127
esomeprazole magnesium 279
esomeprazole sodium 279
ESPEROCT 188
estarylla 138
estazolam 199
ESTRACE 178, 285
estradiol 178, 285
estradiol valerate 178
estradiol-norethindrone acet 177
ESTRING 285
ESTROFACTORS 241
ESTROGEL 178
eszopiclone 200
ethacrynate sodium 167
ethacrynic acid 167
ethambutol hcl 88
ETHAMOLIN 235
ethosuximide 54
ethynodiol diac-eth estradiol 138
etodolac 27
etodolac er 27
etomidate 184
etonogestrel-ethinyl estradiol 141
ETOPOPHOS 107
etoposide 108
etravirine 122
EUCRISA 159
EUFLEXXA 249
EULEXIN 90
euthyrox 276
EVAMIST 178
EVEKEO 16
EVENITY 175
everolimus 100, 234
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER 211
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT 211
EVERSENSE SENSOR/HOLDER 211
EVERSENSE SMART TRANSMITTER 211
EVISTA 175
EVKEEZA 74
EVOLUTION AUTOCODE 163
EVOMELA 108
EVOTAZ 120
EVOXAC 237
EVRYSDI 252
EXELDERM 157
EXELON 267
exemestane 104
exenatide 64
EXFORGE 80
EXFORGE HCT 82

EXJADE 68
ex-lax ultra 203
EXONDYS 51 251
EXTENCILLINE 264
EYLEA 261
EYLEA HD 261
EYSUVIS 259
EZALLOR SPRINKLE 75
ezetimibe 76
ezetimibe-simvastatin 76
EZ-LETS LANCETS 21G 211
EZ-LETS LANCETS 26G 211
EZ-LETS LANCETS 28G 211
EZ-LETS LANCETS 30G 211
fa-8 195
FABHALTA 191
FABIOR 149
FABRAZYME 170
falmina 138
famciclovir 125
famotidine 278
famotidine (pf) 278
famotidine premixed 278
FANAPT 114
FANAPT TITRATION PACK 114
FANTASY LUBRICATED 206
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE 206
FARESTON 90
FARXIGA 66
FASENRA 44
FASENRA PEN 44
FASLODEX 105
FC2 FEMALE CONDOM 206
febuxostat 187
FEIBA 188
Feirza 1.5/30 138
Feirza 1/20 138
felbamate 53
FELBATOL 53
felodipine er 130
FEMARA 104
FEMCAP 206
FEMLYV 138
FEMRING 285
fenofibrate 75
fenofibrate micronized 75
fenofibric acid 75
fenoprofen calcium 27
FENOPRON 28
FENSOLVI (6 MONTH) 173
fentanyl 33
FENTANYL CITRATE (PF) 32, 33
fentanyl citrate (pf) 33
fentanyl citrate pf 33
FENTANYL CITRATE PF 33
FERAHEME 196
ferric citrate 183
FERRIPROX 68
FERRIPROX TWICE-A-DAY 68
FERRLECIT 196
ferumoxytol 196
fesoterodine fumarate er 281
FETROJA 137
FETZIMA 58
FETZIMA TITRATION 58
fexmid 248
FIASP 62
FIASP FLEXTOUCH 62
FIASP PENFILL 62
FIASP PUMPCART 62
FIBRYGA 188
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 163
FIFTY50 PEN NEEDLES 221
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS 211
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR 221
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G 211
FILSPARI 186
FILSUVEZ 161
FINACEA 159
finasteride 161, 185
FINGERSTIX LANCETS 211
fingolimod hcl 273
FINTEPLA 49
Finzala 138
FIORICET 30
FIORICET/CODEINE 32
FIRAZYR 190
FIRDAPSE 88
FIRMAGON 106
FIRMAGON (240 MG DOSE) 106
FIRVANQ 85
FLAREX 259
FLAVOVIT EAR HEALTH 247
flavoxate hcl 281
FLEBOGAMMA DIF 263
flecainide acetate 41
FLECTOR 150
FLEET STIMULANT 203
FLEQSUVY 248
FLEXBUMIN 192
FLOLAN 133
FLOLIPID 75
FLORIVA 229, 243
FLORIVA PLUS 242
FLORRAXYL 240
FLOTREX 242
floxuridine 90
FLUAD 283
FLUARIX 283
FLUBLOK 283
FLUCELVAX 283
fluconazole 72
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE 72
fluconazole in sodium chloride 72
flucytosine 72
fludarabine phosphate 90, 91
fludrocortisone acetate 146
FLULAVAL 283
flumazenil 69
FLUMIST 283
flunisolide 250
fluocinolone acetonide 155, 262
fluocinolone acetonide body 155
fluocinolone acetonide scalp 155
fluocinonide 155, 156
fluocinonide emulsified base 155
fluorescein 256
fluorescein sodium 256
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE 256
fluorescein-benoxinate 256
FLUORESCITE 256
fluoridex 237
fluoridex daily renewal 237
fluoridex enhanced whitening 237
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF 236
fluorimax 5000 237
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE 236
fluorometholone 259
fluorouracil 91, 151
fluoxetine hcl 56
FLUOXETINE HCL 56
fluoxetine hcl (pmdd) 271
fluphenazine decanoate 117
fluphenazine hcl 117
flurandrenolide 156
FLURA-SAFE 256
flurazepam hcl 199
flurbiprofen 28
flurbiprofen sodium 257
fluticasone furoate-vilanterol 42
fluticasone propionate 156, 250
fluticasone propionate diskus 45
fluticasone propionate hfa 45
fluticasone-salmeterol 42
fluvastatin sodium 75
fluvastatin sodium er 75
fluvoxamine maleate 56
fluvoxamine maleate er 56
FLUZONE 283
FLUZONE HIGH-DOSE 283
FML FORTE 259
FML LIQUIFILM 259
FOCALIN 19
FOCALIN XR 19
focinvez 71
folate 195
FOLGARD OS 240
folic acid 195
FOLIVANE-OB 243
FOLLISTIM AQ 174
FOLOTYN 91
foltabs 800 195
fomepizole 68
fondaparinux sodium 47
FORA 6 CONNECT 163
FORA 6 CONNECT/GTEL TEST 163
FORA D40/G31 BLOOD GLUCOSE 163
FORA G20 BLOOD GLUCOSE TEST 163
FORA GD20 TEST 163
FORA GD50 BLOOD GLUCOSE TEST 164
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST 164
FORA LANCETS 211

FORA LANCING DEVICE 211
FORA TN'G ADVANCE PRO 164
FORA TN'G/TN'G VOICE 164
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST 164
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST 164
FORACARE GD40 TEST 164
FORACARE PREMIUM V10 TEST 164
FORACARE TEST N GO TEST 164
FORANE 185
FORFIVO XL 55
formaldehyde 119
formoterol fumarate 43
FORTEO 175
FOSAMAX 169
FOSAMAX PLUS D 169
fosamprenavir calcium 121
fosaprepitant dimeglumine 71
foscarnet sodium 123
FOSCAVIR 123
fosfomycin tromethamine 87
fosinopril sodium 78
fosinopril sodium-hctz 77
fosphenytoin sodium 54
FOSRENOL 183
FOTIVDA 100
FRAGMIN 47
fraiche 5000 dental 237
FREESTYLE INSULINX TEST 164
FREESTYLE LANCETS 211
FREESTYLE LIBRE 14 DAY READER 211
FREESTYLE LIBRE 14 DAY SENSOR 211
FREESTYLE LIBRE 2 PLUS SENSOR 211
FREESTYLE LIBRE 2 READER 211
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR 211
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR 211
FREESTYLE LIBRE 3 READER 211
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR 211
FREESTYLE LIBRE READER 211
FREESTYLE LITE TEST 164
FREESTYLE PRECISION NEO TEST 164
FREESTYLE TEST 164
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS 211
fresenius propoven 184
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE 202
FRINDOVYX 108
FROVA 227
frovatriptan succinate 227
FRUZAQLA 111
ft aspirin 31
ft aspirin low dose 31
ft b-100 complex pr 239
ft b-complex plus vitamin c 238
ft clearlax 201
ft folic acid 195
ft laxative 203
ft magnesium citrate 202
ft milk of magnesia 202
ft nicotine 272
ft nicotine mini 272
ft prenatal 243
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C 238
FULPHILA 195
fulvestrant 105
FUNGIMEZ 150
FUROSCIX 167
furosemide 167
FUZEON 121
FYARRO 100
fyavolv 177
FYCOMPA 48
FYLNETRA 195
fyremadel 170
g tussin ac 146
gabapentin 49
gabapentin (once-daily) 270
GABARONE 49
GALAFOLD 170
galantamine hydrobromide 267
galantamine hydrobromide er 267
Gallifrey 265
GALZIN 231
GAMASTAN 263
GAMIFANT 234
GAMMAGARD 263
GAMMAGARD S/D LESS IGA 263
GAMMAKED 263
GAMMAPLEX 263
GAMUNEX-C 263
GANCICLOVIR SODIUM 123
ganciclovir sodium 123
GANIRELIX ACETATE 170
GARDASIL 9 283, 284
GASTROCROM 180
gatifloxacin 255
GATTEX 180
gavilax 201
GAVILYTE-C 200
gavilyte-g 201
Gavilyte-N With Flavor Pack 201
GAVRETO 101
GAZYVA 92
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST 164
gefitinib 97
GELFILM 198
GEL-FLOW NT 198
GELFOAM 198
GELFOAM COMPRESSED SIZE 100 198
GELFOAM DENTAL PACK SIZE 4 198
GELFOAM SPONGE 198
GELFOAM SPONGE SIZE 100 198
GELFOAM SPONGE SIZE 200 198
GELFOAM SPONGE SIZE 50 198
GEL-ONE 249
GELSYN-3 249
GEMCITABINE HCL 91
gemcitabine hcl 91
gemfibrozil 75
gemmily 139
GEMTESA 281
generlac 182
gengraf 233
GENOTROPIN 171
GENOTROPIN MINIQUICK 171
gentamicin in saline 21
gentamicin sulfate 21, 149, 150, 255
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET 211
GENTEEL CONTACT TIPS (BLUE) 212
GENTEEL CONTACT TIPS (CLEAR) 212
GENTEEL CONTACT TIPS (GREEN) 212
GENTEEL CONTACT TIPS (ORANGE) 212
GENTEEL CONTACT TIPS (RAINBOW) 212
GENTEEL CONTACT TIPS (VIOLET) 212
GENTEEL CONTACT TIPS (YELLOW) 212
GENTEEL LANCING KIT (BLUE) 212
GENTEEL NOZZLES 212
GENTEEL PLUS LANCING (BLACK) 212
GENTEEL PLUS LANCING (PURPLE) 212
GENTEEL PLUS LANCING (WHITE) 212
GENTEEL PLUS LANCING DEV(BLUE) 212
GENTEEL PLUS LANCING DEV(PINK) 212
gentle laxative 202, 203
GENULTIMATE TEST 164
GENVOYA 120
GEODON 114
GHT TEST 164
GIAPREZA 287
GILENYA 273
GILOTRIF 97
GIMOTI 180
GIVLAARI 187
GLASSIA 274
glatiramer acetate 270
glatopa 270
GLEEVEC 95
GLEOSTINE 109
GLIADEL WAFER 109
glimepiride 66
glipizide 67
glipizide er 66
glipizide-metformin hcl 66
GLOBAL EASE INJECT PEN NEEDLES 222
GLOBAL EASY GLIDE INSULIN SYR 222
GLOBAL EASY GLIDE PEN NEEDLES 222

GLOBAL INJECT EASE INSULIN SYR 222
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 28G 212
GLOBAL INJECT EASE LANCETS 30G 212
GLOBAL INSULIN SYRINGES 222
global lancing device 212
GLOPERBA 187
glp-dlax 247
GLUCAGON EMERGENCY 60
GLUCO PERFECT 3 TEST 164
GLUCOCARD 01 SENSOR PLUS 164
GLUCOCARD EXPRESSION TEST . 164
GLUCOCARD SHINE TEST 164
GLUCOCARD VITAL TEST 164
GLUCOCARD X-SENSOR 164
GLUCOCOM LANCETS 28G 212
GLUCOCOM LANCETS 30G 212
GLUCOCOM LANCETS 33G 212
GLUCOCOM TEST 164
GLUCONAVII BLOOD GLUCOSE TEST 164
GLUCOPRO INSULIN SYRINGE 222
glucose (dextrose) 253
GLUCOSE METER TEST 164
GLUCOTROL XL 67
glyburide 67
glyburide micronized 67
glyburide-metformin 66
GLYCATE 280
glycine 186
glycine urologic 186
glycolax 201
GLYCOPHOS 230
glycopyrrolate 280
GLYCOPYRROLATE 280
GLYCOPYRROLATE PF 280
glycopyrrolate pf 280
glycopyrrolate pf +rfid 280
glydo 158
GLYRX-PF 280
GLYXAMBI 65
gnp adult aspirin low strength 31
gnp aspirin 31
gnp aspirin low dose 31
gnp b-100 complex 239
gnp b-50 complex 239
gnp b-complex plus vitamin c 238
gnp clearlax 201
GNP EASY TOUCH GLUCOSE TEST 164
gnp essential one daily 241
gnp folic acid 195
gnp gentle laxative 203
GNP INSULIN SYRINGE 222
GNP INSULIN SYRINGES 222
GNP INSULIN SYRINGES 28GX1/2" 222
GNP INSULIN SYRINGES 29GX1/2" 222
GNP INSULIN SYRINGES 30GX5/16" 222
GNP INSULIN SYRINGES 31GX5/16" 222
GNP LANCING SYSTEM DEVICE ... 212
gnp magnesium citrate 202
gnp milk of magnesia 202
gnp nicotine 272
gnp nicotine mini 272
gnp nicotine polacrilex 272
gnp pen needles 222
GNP PRENATAL 243
gnp prenatal/folic acid 243
GNP STERILE LANCETS 28G 212
GNP STERILE LANCETS 30G 212
GNP STERILE LANCETS 33G 212
GNP TRUE METRIX GLUCOSE STRIPS 164
GNP TRUETRACK SMART SYSTEM 164
GNP TRUETRACK TEST STRIPS 164
GNP ULTICARE PEN NEEDLES 222
GNP ULTIGUARD SAFEPACK NEEDLE 222
GNP ULTRA COM INSULIN SYRINGE 222
gnp womens gentle laxative 203
GOCOVRI 112
gohibic 191
GOJJI BLOOD GLUCOSE TEST 164
GOJJI BLOOD TEST STRIP/LANCETS 164
GOJJI LANCING DEVICE/CLEAR CAP 212
GOJJI STERILE LANCETS 212
GOLYTELY 201
GOMEKLI 99
GONAL-F 174
GONAL-F RFF 174
GONAL-F RFF REDIJECT 174
goodsense aspirin 31
goodsense aspirin low dose 31
goodsense bisacodyl laxative 203
goodsense clearlax 201
goodsense magnesium citrate 202
goodsense milk of magnesia 202
goodsense nicotine 272
GRAFAPEX 89
GRALISE 270, 271
granisetron hcl 69
GRANIX 195
GRASTEK 20
griseofulvin microsize 72
griseofulvin ultramicrosize 72
guaifenesin-codeine 146
guanfacine hcl 82
guanfacine hcl er 15
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR .. 212
GUARDIAN 4 TRANSMITTER 212
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER 212
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED 212
GUARDIAN SENSOR (3) 212
GUARDIAN SENSOR 3 212
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 60
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 60
GVOKE KIT 60
GVOKE PFS 60
GYNAZOLE-1 285
habitrol 272
HADLIMA 24
HADLIMA PUSHTOUCH 24
HAEGARDA 190
HAEMOLANCE 212
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS 212
HAEMOLANCE PLUS 212
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW 212
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW . 212
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW . 213
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW 213
hailey 1.5/30 139
hailey 24 fe 139
hailey fe 1.5/30 139
hailey fe 1/20 139
HALAVEN 108
halcinonide 156
HALCION 199
HALDOL DECANOATE 116
halobetasol propionate 156
HALOBETASOL PROPIONATE 156
Haloette 141
HALOG 156
haloperidol 116
haloperidol decanoate 116
haloperidol lactate 116
HARVONI 124
HAVRIX 284
HEALON DUET PRO 260
HEALON GV PRO 260
HEALON PRO 260
HEALON5 PRO 260
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 222
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 222
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 222
healthy hair/skin/nails 241
healthylax 201
heather 143
h-e-b aspirin 31
h-e-b incontrol adv lancing 213
H-E-B INCONTROL LANCETS 28G 213
H-E-B INCONTROL LANCETS 30G 213
H-E-B INCONTROL LANCETS 33G 213
H-E-B INCONTROL PEN NEEDLES 222
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 222
HECTOROL 172
HELIDAC THERAPY 280
HEMABATE 262
HEMADY 145
HEMANGEOL 127
HEMICLOR 167
HEMLIBRA 188

HEMOFIL M 188
HEPAGAM B 263
heparin (porcine) in nacl 47
HEPARIN (PORCINE) IN NACL 47
heparin na (pork) lock flsh pf 47
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W .. 47
heparin sod (porcine) in d5w 47
heparin sod (pork) lock flush 47
heparin sodium (porcine) 47
HEPARIN SODIUM (PORCINE) 47
heparin sodium (porcine) pf 47
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF 47
HEPLISAV-B 284
HEPZATO W/50MM CATHETER 108
HEPZATO W/62MM CATHETER 108
HER STYLE 141
HERCEPTIN 93
HERCEPTIN HYLECTA 103
HERCESSI 93
HERZUMA 94
hetastarch-nacl 191
HETLIOZ 200
HETLIOZ LQ 200
HEXATRIONE 145
HEXTEND 191
HIBERIX 282
hidex 6-day 145
HIPREX 87
HIZENTRA 263
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 222
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 222
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 222
HORIZANT 271
HULIO (2 PEN) 24
HULIO (2 SYRINGE) 24
HUMALOG 62
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 62
HUMALOG KWIKPEN 62
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 62
HUMALOG MIX 75/25 62
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 62
HUMALOG TEMPO PEN 62
HUMATE-P 188
HUMATIN 21
HUMATROPE 171
HUMIRA (1 PEN) 24
HUMIRA (2 PEN) 24
HUMIRA (2 SYRINGE) 24
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 24
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 25
HUMULIN 70/30 62
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 62
HUMULIN N 62
HUMULIN N KWIKPEN 62
HUMULIN R 62
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 62
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 62
HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST 164
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST 164
HYALGAN 249
HYCAMTIN 110
HYCODAN 146
hydralazine hcl 83
HYDREA 104
hydrochlorothiazide 168
hydrocod poli-chlorphe poli er 147
hydrocodone bitartrate er 33
hydrocodone bit-homatrop mbr 146
hydrocodone-acetaminophen 32
hydrocodone-ibuprofen 32
hydrocortisone 37, 145, 156
hydrocortisone (perianal) 38
hydrocortisone ace-pramoxine 38
hydrocortisone butyrate 156
hydrocortisone sod suc (pf) 145
hydrocortisone valerate 156
hydrocortisone-acetic acid 262
hydromet 146
hydromorphone hcl 33
hydromorphone hcl er 33
HYDROMORPHONE HCL PF 33
hydromorphone hcl pf 33
hydroxocobalamin acetate 194
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 87
hydroxychloroquine sulfate 87
hydroxyurea 104
hydroxyzine hcl 39
hydroxyzine pamoate 39
HYFTOR 158
HYLENEX 233
HYMOVIS 249
HYMPAVZI 188
HYPERHEP B 263
HYPERRAB 263
HYPERRHO S/D 263
HYPERSAL 147
HYPERTET 263
HYPOLANCE AST LANCING 213
HYQVIA 264
HYRIMOZ 25
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER .. 25
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER 25
HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START 25
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UVEIT START 25
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START 25
HYSINGLA ER 33
HY-VEE LANCETS 213
HY-VEE THIN LANCETS 213
HYZAAR 80
ibandronate sodium 169
IBRANCE 105
IBSRELA 180
ibu 28
ibuprofen 28
ibuprofen lysine 28
ibuprofen-famotidine 27
ibutilide fumarate 41
icatibant acetate 190
iclevia 142
ICLUSIG 95
icosapent ethyl 74
IDAMYCIN PFS 103
idarubicin hcl 103
IDELVION 188
IDHIFA 106
IDOSE TR 260
IFEX 108
ifosfamide 108
IFOSFAMIDE 108
IGALMI 200
IGLUCOSE TEST STRIPS 164
IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR 164
IHEALTH LANCING DEVICE 213
IHEEZO 257
ILARIS 26
ILEVRO 257
ILIDERM 159
ILUMYA 152
ILUVIEN 259
IMAAVY 235
imatinib mesylate 95
IMBRUVICA 96
IMCIVREE 18
IMDELLTRA 96
IMFINZI 94
imipenem-cilastatin 84
imipramine hcl 59
imipramine pamoate 59
imiquimod 158
imiquimod pump 158
IMITREX 227
IMITREX STATDOSE REFILL 227
IMITREX STATDOSE SYSTEM 227
IMJUDO 93
imkeldi 95
IMMPHENTIV 287
IMOGAM RABIES-HT 263
IMOVAX RABIES 284
IMPAVIDO 84
IMPOYZ 156
IMURAN 235
IMVEXXY MAINTENANCE PACK . 286
IMVEXXY STARTER PACK 286
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST 164
IN TOUCH LANCING DEVICE 213
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G 213
inatal gt 243
INBRIJA 112
incassia 143
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 222
INCRELEX 173
INCRUSE ELLIPTA 44
indapamide 168
INDERAL LA 127

INDERAL XL 127
INDOCIN 28
indomethacin 28
indomethacin er 28
indomethacin sodium 28
INFANRIX 277
INFED 196
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST 164
INFINITY VOICE 164
INFLECTRA 184
INFLIXIMAB 184
INFUMORPH 200 33
INFUMORPH 500 33
INFUVITE ADULT 241
INFUVITE PEDIATRIC 243
INGREZZA 267, 268
INJECTAFER 196
INLYTA 111
INNOPRAN XL 127
INPEFA 132
INQOVI 103
INREBIC 106
INSPRA 83
INSTAT 198
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN 62
INSULIN ASPART 62
INSULIN ASPART FLEXPEN 62
INSULIN ASPART PENFILL 62
INSULIN ASPART PROT & ASPART 62
insulin degludec 63
insulin degludec flextouch 62, 63
insulin glargine max solostar 63
insulin glargine solostar 63
INSULIN GLARGINE-YFGN 63
INSULIN LISPRO 63
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 63
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 63
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 63
INSULIN SYRINGE 222
insulin syringe-needle u-100 222
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 222
INSUPEN PEN NEEDLES 222
INTELENCE 122
INTERCEED 198
INTERCEED (TC7) 198
INTRALIPID 253
INTRAROSA 285
introvale 142
INTUNIV 15
INVEGA 115
INVEGA HAFYERA 115
INVEGA SUSTENNA 115
INVEGA TRINZA 115
INVELTYS 259
INVOKAMET 66
INVOKAMET XR 66
INVOKANA 66
INZIRQO 168
IONOSOL-MB IN D5W 228
IOPIDINE 258
IPOL 284
ipratropium bromide 44, 250
ipratropium-albuterol 42
IQIRVO 183
irbesartan 81
irbesartan-hydrochlorothiazide 80
IRESSA 97
irinotecan hcl 110
ISENTRESS 121
ISENTRESS HD 121
isibloom 139
isoflurane 185
ISOLYTE-P IN D5W 228
ISOLYTE-S 229
ISOLYTE-S PH 7.4 229
isoniazid 88
isoproterenol hcl 43
ISORDIL TITRADOSE 38
isosorb dinitrate-hydralazine 132
isosorbide dinitrate 38
isosorbide mononitrate 38
isosorbide mononitrate er 38
isotretinoin 149
isradipine 130
ISTALOL 253
ISTODAX 98
ISTURISA 170
ITOVEBI 109
itraconazole 72
ivabradine hcl 135
ivermectin 38, 159
ivra 108
IWILFIN 109
IXCHIQ 284
IXEMPRA KIT 108
IXIARO 284
IXINITY 188
IYUZEH 260
IZERVAY 256
JADENU 68
JADENU SPRINKLE 68
jaimiess 142
JAKAFI 106
JALYN 186
jantoven 46
JANUMET 60
JANUMET XR 60
JANUVIA 60
JARDIANCE 66
jasmiel 139
JATENZO 37
Javygtor 175
JAYPIRCA 96, 97
JELMYTO 103
JEMPERLI 94
jencycla 143
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL 243
JENTADUETO 60
JENTADUETO XR 61
JEUVEAU 157
JEVTANA 108
jinteli 178
JIVI 189
JOENJA 231
jolessa 142
JORNAY PM 19
JOURNAVX 30
Joyeaux 139
JUBLIA 157
juleber 139
JULUCA 120
junel 1.5/30 139
junel 1/20 139
junel fe 1.5/30 139
junel fe 1/20 139
junel fe 24 139
just right 5000 237
JUXTAPID 76
JYLAMVO 91
JYNARQUE 175
JYNNEOS 284
KABIVEN 253
KADCYLA 103
kaitlib fe 139
KALBITOR 192
KALETRA 120
kalliga 139
KALYDECO 274
KAMELEON LUBRICATED 206
KANJINTI 94
KANUMA 173
KAPSPARGO SPRINKLE 127
KARBINAL ER 73
KARDIAMEMBRANE 160
kariva 137
KATERZIA 130
KCENTRA 189
KCL (0.149%) IN NACL 229
kcl (0.149%) in nacl 229
KCL (0.298%) IN NACL 229
kcl in dextrose-nacl 229
KCL IN DEXTROSE-NACL 229
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 229
KEDBUMIN 192
KEDRAB 263
kelnor 1/35 139
kelnor 1/50 139
KENALOG-10 145
KENALOG-40 145
KENALOG-80 145
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS 161
KENGREAL 191
KEPIVANCE 105
KEPPRA 49, 50
KEPPRA XR 50
KERENDIA 174
KESIMPTA 269
KETALAR 184
ketamine hcl 184
ketoconazole 72, 157
ketodan 157
ketoprofen 28
ketoprofen er 28
ketorolac tromethamine 28, 258
KETOROLAC TROMETHAMINE 28

KEVEYIS 166
KEVZARA 26
KEYTRUDA 94
KHAPZORY 105
KHINDIVI 145
KIMMTRAK 96
kimono 206
KIMONO COLORS 206
KIMONO MAXX-LARGE FLARE 206
kimono micro thin 206
kimono micro thin plus 206
kimono plus 206
kimono ps 206
kimono ps plus 206
kimono sensation 206
kimono sensation plus 206
KIMONO SPECIAL 206
KIMYRSA 85
KINERET 26
KINNEY LANCETS 213
KINNEY THIN LANCETS 213
KINRAY INSULIN SYRINGE 223
KINRIX 277
KIPROFEN 28
KISQALI (200 MG DOSE) 105
KISQALI (400 MG DOSE) 105
KISQALI (600 MG DOSE) 105
KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) 21
KLARON 148
Klayesta 150
KLISYRI (250 MG) 159
KLISYRI (350 MG) 159
KLONOPIN 48
klor-con 230
klor-con 10 230
klor-con m10 230
klor-con m15 230
klor-con m20 230
KLOXXADO 69
kls aspirin low dose 31
kls laxaclear 201
kls quit2 272
kls quit4 272
KOATE 189
KOATE-DVI 189
kobee 239
KOGENATE FS 189
KONVOMEP 279
KORLYM 65
KORSUVA 236
KOSELUGO 99
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 243
Kourzeq 237
KOVALTRY 189
kp aspirin 31
kp b complex-c 238
kp bisacodyl 203
kp folic acid 195
KP PRENATAL MULTIVITAMINS 243
K-PHOS 230
K-PHOS NO 2 186
K-PHOS-NEUTRAL 230
KPN PRENATAL 243
KRAZATI 99
KRINTAFEL 87
KRISTALOSE 201
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE 213
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST 165
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G 213
KROGER LANCETS 213
KROGER LANCETS SUPER THIN 213
KROGER LANCETS THIN 213
KROGER PEN NEEDLES 223
KRYSTEXXA 187
kurvelo 139
KUVAN 175
KYLEENA 143
KYPROLIS 101
KYZATREX 37
labetalol hcl 126
lacosamide 50
lactated ringers 229, 234
LACTULOSE 201
lactulose 201, 202
lactulose encephalopathy 183
LAGEVRIO 125
LAMICTAL 50
LAMICTAL ODT 50
LAMICTAL STARTER 50
LAMICTAL XR 50
lamivudine 122, 123
lamivudine-zidovudine 120
lamotrigine 50, 51
lamotrigine er 50
lamotrigine starter kit-blue 51
lamotrigine starter kit-green 51
lamotrigine starter kit-orange 51
LAMPIT 84
LAMZEDE 168
lancet device 213
lancet device with ejector 213
LANCETS 213
LANCETS 28G THIN 213
LANCETS 30G 213
LANCETS 33G 213
LANCETS MICRO THIN 33G 213
LANCETS SUPER THIN 213
LANCETS SUPER THIN 28G 213
LANCETS THIN 213
LANCETS ULTRA THIN 213
LANCETS ULTRA THIN 30G 213
lancing device 213
LANOXIN 132
LANOXIN PEDIATRIC 132
LANREOTIDE ACETATE 176
lansoprazole 279
lanthanum carbonate 183
LANTUS 63
LANTUS SOLOSTAR 63
LANZO 213
lapatinib ditosylate 100
larin 1.5/30 139
larin 1/20 139
larin 24 fe 139
larin fe 1.5/30 139
larin fe 1/20 139
LASIX 167
latanoprost 260
LATISSE 159
LATUDA 114
layolis fe 139
LAZCLUZE 97
leader advanced lancing device 213
LEADER UNIFINE PENTIPS 223
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 223
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 124
leena 143
leflunomide 29
LEMTRADA 269
lenalidomide 233
LENTOCILIN 264
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 111
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 111
LEQVIO 77
LESCOL XL 75
lessina 139
LETAIRIS 134
letrozole 104
leucovorin calcium 105
LEUKERAN 109
LEUKINE 196
leuprolide acetate 107
levalbuterol hcl 43
levalbuterol tartrate 43
levamlodipine maleate 130
levetiracetam 51
levetiracetam er 51
LEVETIRACETAM IN NACL 51
levobunolol hcl 254
levocarnitine 169
levocarnitine sf 169
levocetirizine dihydrochloride 73
levofloxacin 179, 255
levofloxacin in d5w 179
levoleucovorin calcium 105
levoleucovorin calcium pf 105
levonest 143
levonorgest-eth estrad 91-day 142
levonorgest-eth estradiol-iron 139
levonorgestrel 142
levonorgestrel-ethinyl estrad 139, 141
levonorg-eth estrad triphasic 143
LEVOPHED 287
levora 0.15/30 (28) 139
levorphanol tartrate 33
levo-t 276
LEVOTHYROXINE SODIUM 277
levothyroxine sodium 277
levoxyl 277
LEVULAN KERASTICK 159

LEXAPRO ... 56
LEXETTE ... 156
l-glutamine ... 194
LIALDA ... 181
LIBERTY MEDICAL LANCETS ... 213
LIBRAX ... 278
LIBTAYO ... 94
LICART ... 150
lidocaine ... 158
lidocaine hcl ... 158, 204, 236
lidocaine hcl (cardiac) ... 41
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF ... 41
lidocaine hcl (cardiac) pf ... 41
lidocaine hcl (pf) ... 204
lidocaine hcl urethral/mucosal ... 158
lidocaine in d5w ... 41
lidocaine viscous hcl ... 236
lidocaine-epinephrine ... 204
lidocaine-epinephrine (pf) ... 204
lidocaine-prilocaine ... 161
LIDODERM ... 158
LIKMEZ ... 84
LILETTA (52 MG) ... 143
LINCOCIN ... 86
lincomycin hcl ... 86
linezolid ... 86
linezolid in sodium chloride ... 86
LINZESS ... 180
liothyronine sodium ... 277
LIPITOR ... 76
lipo flavonoid plus ... 247
LIPOFEN ... 75
LIPOTRIAD ... 247
liraglutide ... 65
lisdexamfetamine dimesylate ... 16
lisinopril ... 78, 79
lisinopril-hydrochlorothiazide ... 77
LITE TOUCH LANCETS ... 213
LITE TOUCH LANCING PEN ... 213
LITETOUCH INSULIN SYRINGE ... 223
LITETOUCH LANCETS ... 213
LITETOUCH PEN NEEDLES ... 223
LITFULO ... 149
lithium ... 114
lithium carbonate ... 113, 114
lithium carbonate er ... 113
LITHOBID ... 114
LITHOSTAT ... 186
LIVALO ... 76
LIVDELZI ... 183
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN ... 214
LIVMARLI ... 181
LIVTENCITY ... 123
lmd in d5w ... 191
lmd in nacl ... 191
LO LOESTRIN FE ... 137
LODINE ... 28
LODOCO ... 132
LODOSYN ... 112
loestrin 1.5/30 (21) ... 139
loestrin 1/20 (21) ... 139
loestrin fe 1.5/30 ... 139
loestrin fe 1/20 ... 139
lofena ... 28
lofexidine hcl ... 266
lojaimiess ... 142
LOKELMA ... 235
LOMAIRA ... 17
LOMOTIL ... 67
LONSURF ... 103
loperamide hcl ... 67
LOPID ... 75
lopinavir-ritonavir ... 120
LOPRESSOR ... 127
LOQTORZI ... 94
lorazepam ... 40
lorazepam intensol ... 40
LORBRENA ... 92
LOREEV XR ... 40
loryna ... 139
losartan potassium ... 81
losartan potassium-hctz ... 80
LOTEMAX ... 259
LOTEMAX SM ... 259
LOTENSIN ... 79
LOTENSIN HCT ... 78
loteprednol etabonate ... 259
LOTREL ... 77
LOTRONEX ... 180
lovastatin ... 76
LOVAZA ... 74
LOVENOX ... 47
low-ogestrel ... 139
loxapine succinate ... 117
lo-zumandimine ... 139
lubiprostone ... 180
LUCEMYRA ... 266
LUCENTIS ... 261
LUGOLS STRONG IODINE ... 119
luliconazole ... 157
LUMAKRAS ... 99
LUMIGAN ... 260
LUMIZYME ... 170
LUMRYZ ... 266
LUMRYZ STARTER PACK ... 266
LUNESTA ... 200
LUNSUMIO ... 96
LUPKYNIS ... 233
LUPRON DEPOT (1-MONTH) ... 107
LUPRON DEPOT (3-MONTH) ... 107
LUPRON DEPOT (4-MONTH) ... 107
LUPRON DEPOT (6-MONTH) ... 107
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) ... 173
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) ... 173
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) ... 173
lurasidone hcl ... 114
LUTATHERA ... 104
lutera ... 139
LUTRATE DEPOT ... 107
LUZU ... 157
LYBALVI ... 273
lyleq ... 143
lyllana ... 178
LYNPARZA ... 109
LYRICA ... 51
LYRICA CR ... 271
LYSODREN ... 90
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ... 97
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ... 97
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ... 98
LYUMJEV ... 63
LYUMJEV KWIKPEN ... 63
LYUMJEV TEMPO PEN ... 63
LYVISPAH ... 248
lyza ... 143
MACROBID ... 87
MACRODANTIN ... 87
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR ... 223
magnesium citrate ... 202
MAGNESIUM SULFATE ... 229
MAGNESIUM SULFATE IN D5W ... 229
MALARONE ... 87
malathion ... 160
manganese chloride ... 230
mannitol ... 167
MARATHON MEDICAL PENTIPS ... 223
maraviroc ... 120
MARCAINE ... 204
MARCAINE PRESERVATIVE FREE ... 204
MARCAINE/EPINEPHRINE ... 204
MARCAINE/EPINEPHRINE PF ... 204
MAR-COF CG EXPECTORANT ... 146
MARGENZA ... 94
MARINOL ... 70
marlissa ... 139
MARPLAN ... 56
MASONATAL ... 243
MATERNACEL ... 243
MATULANE ... 104
matzim la ... 130
MAVENCLAD (10 TABS) ... 268
MAVENCLAD (4 TABS) ... 268
MAVENCLAD (5 TABS) ... 268
MAVENCLAD (6 TABS) ... 268
MAVENCLAD (7 TABS) ... 268
MAVENCLAD (8 TABS) ... 268
MAVENCLAD (9 TABS) ... 268
MAVYRET ... 124
MAXALT ... 227
MAXALT-MLT ... 227
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE ... 223
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE ... 223
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE ... 223
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" ... 223
MAXIDEX ... 259
MAXITROL ... 258
maxi-tuss ac ... 146
MAXI-TUSS CD ... 147
maxx ... 206
maxx plus ... 206
MAYZENT ... 273
MAYZENT STARTER PACK ... 273
meclizine hcl ... 70
meclofenamate sodium ... 28
MEDIC INSULIN SYRINGE ... 223

MEDICHOICE SAFETY LANCET....214
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA....214
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM....214
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES223
MEDLANCE PLUS EXTRA 21G....214
MEDLANCE PLUS LITE 25G....214
MEDLANCE PLUS SPECIAL 0.8MM....214
MEDLANCE PLUS SUPERLITE 30G....214
MEDLANCE PLUS UNIVERSAL 21G....214
MEDROL....145
medroxyprogesterone acetate....142, 265
mefenamic acid....28
mefloquine hcl....87
mega multiple/chelated mineral....247
megestrol acetate....110, 265
MEIJER LANCETS....214
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 21G....214
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 30G....214
MEIJER LANCETS UNIVERSAL 33G....214
MEIJER PEN NEEDLES....223
MEIJER TRUETEST TEST....165
MEIJER TRUETRACK TEST....165
MEKINIST....99
MEKTOVI....99
meloxicam....28
melphalan hcl....109
memantine hcl....270
memantine hcl er....270
memantine hcl-donepezil hcl....266
MENEST....178
MENOPUR....174
MENOSTAR....178
MENQUADFI....282
MENVEO....282
meperidine hcl....33
meprobamate....39
MEPRON....84
MEPSEVII....174
mercaptopurine....91
meropenem....85
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE.85
merzee....140
mesalamine....181
mesalamine er....181
mesalamine-cleanser....181
mesna....110
MESNEX....110
MESTINON....88
METADATE CD....19
metaxalone....248
metformin hcl....59, 60
METFORMIN HCL....59
metformin hcl er....59
metformin hcl er (mod)....59
metformin hcl er (osm)....59
METHADONE HCL....33
methadone hcl....33
methadone hcl intensol....33
METHADOSE....33
methadose....33
METHADOSE SUGAR-FREE....34
methamphetamine hcl....16
methazolamide....166
methenamine hippurate....87
methergine....262
methimazole....276
METHITEST....37
methocarbamol....248
methohexital sodium....185
methotrexate sodium....91
methotrexate sodium (pf)....91
methoxsalen rapid....152
methscopolamine bromide....280
methsuximide....54
methyldopa....82
methylene blue....68
methylene blue (antidote)....68
methylergonovine maleate....262
METHYLIN....19
methylphenidate....20
methylphenidate hcl....19, 20
methylphenidate hcl er....19
methylphenidate hcl er (cd)....19
methylphenidate hcl er (la)....19
methylphenidate hcl er (osm)....19
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM)....19
methylphenidate hcl er (xr)....19
methylprednisolone....145
methylprednisolone sodium succ....145
methyltestosterone....37
metoclopramide hcl....180
metolazone....168
metoprolol succinate er....127
metoprolol tartrate....127
metoprolol-hydrochlorothiazide....83
METROCREAM....159
METROGEL....159
METROLOTION....160
METRONIDAZOLE....84
metronidazole....84, 160, 285
metyrosine....79
mexiletine hcl....41
MI PASTE....207
MI PASTE PLUS....207
MIACALCIN....169
Mibelas 24 Fe....140
MICAFUNGIN SODIUM....71
micafungin sodium-nacl....71
MICARDIS....81
MICARDIS HCT....81
miconazole 3....285
miconazole-zinc oxide-petrolat....150
MICRODOT PEN NEEDLE....223
MICRODOT TEST....165
microgestin 1.5/30....140
microgestin 1/20....140
microgestin fe 1.5/30....140
microgestin fe 1/20....140
MICROLET LANCETS....214
MICROLET NEXT LANCING DEVICE....214
midazolam hcl....199
midazolam hcl (pf)....199
midazolam hcl (pf) +rfid....199
midazolam-sodium chloride (pf)....199
midodrine hcl....287
MIEBO....260
MIFEPREX....168
mifepristone....65, 168
migergot....226
miglitol....59
miglustat....193
mili....140
milk of magnesia....202
milrinone lactate....132
milrinone lactate in dextrose....132
mimvey....178
mincora....241
mineral oil heavy....202
mini lancing device....214
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER....214
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS....214
MINIVELLE....178
MINOCIN....276
minocycline hcl....276
minocycline hcl er....276
minoxidil....83
Minzoya....140
MIOCHOL-E....254
MIOSTAT....254
MIPLYFFA....271
mirabegron er....281
MIRCERA....194
MIRENA (52 MG)....143
mirtazapine....55
MIRVASO....160
misoprostol....280
MITIGARE....187
mitigo....34
mitomycin....103, 255
MITOSOL....255
mitoxantrone hcl....103
MIUDELLA INTRAUTERINE COPPER....141
mm aspirin....31
MM BLULINK GLUCOSE TEST....165
mm clearlax....202
MM EASY TOUCH GLUCOSE....165
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE...223
MM LANCING DEVICE....214
MM PEN NEEDLES....223
MM TWIST LANCETS....214
M-M-R II....282
M-NATAL PLUS....243
mobile lancets 30g....214
modafinil....20

MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y 284
moexipril hcl 79
molindone hcl 117
mometasone furoate 156, 250
mondoxyne nl 276
MONJUVI 92
MONOFERRIC 196
MONOJECT BONE MARROW BIOPSY 204
monoject flush syringe 231
MONOJECT INSULIN SYRINGE 223
monoject sodium chloride flush 231
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 223
MONOLET LANCETS 214
MONOLET OPD LANCETS 214
MONOLETTOR SAFETY LANCETS 214
mono-linyah 140
MONOVISC 249
montelukast sodium 44
MORPHINE SULFATE 34
morphine sulfate 34
morphine sulfate (concentrate) 34
morphine sulfate (pf) 34
MORPHINE SULFATE (PF) 34
morphine sulfate er 34
morphine sulfate er beads 34
MOTEGRITY 179
MOTOFEN 67
MOTPOLY XR 51
MOUNJARO 64
MOVANTIK 183
MOVIPREP 201
MOXIFLOXACIN HCL 179
moxifloxacin hcl 179, 255
moxifloxacin hcl (2x day) 255
moxifloxacin hcl in nacl 179
MOZOBIL 194
MRESVIA 284
MS CONTIN 34
MULPLETA 197
MULTAQ 41
MULTI PRENATAL 243
multi vitamin 241
MULTI VITAMIN W/D-3 241
multi-lancet device 214
MULTI-LANCET DEVICE 2 214
multiple electro type 1 ph 5.5 229
multiple electro type 1 ph 7.4 229
multiple vitamin-folic acid 241
multiple vitamins 241
multiple vitamins essential 241
multiple vitamins/iron 240
MULTIVITAMIN 241
multi-vitamin 241
multivitamin adult 241
multivitamin iron-free 241
multivitamin plus iron adult 240
multivitamin w/fluoride 242
multivitamin/fluoride 242
multi-vitamin/fluoride 242
multi-vitamin/fluoride/iron 242
multi-vitamin/iron 240
MULTI-VIT-FLOR 242
MULTRYS 231
mupirocin 150
mupirocin calcium 150
mutamycin 103
MVASI 111
my choice 142
my way 142
MYALEPT 173
MYCAMINE 71
MYCAPSSA 176
mycophenolate mofetil 234
mycophenolate mofetil hcl 234
mycophenolate sodium 234
mycophenolic acid 234
MYDAYIS 15
MYDCOMBI 254
MYDRIACYL 254
MYFEMBREE 178
MYFORTIC 234
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G 214
MYGLUCOHEALTH TEST 165
MYHIBBIN 234
MYLERAN 89
MYLOTARG 93
MYOBLOC 251
MYRBETRIQ 281
MYSOLINE 51
MYTESI 67
MYXREDLIN 63
na ferric gluc cplx in sucrose 196
na sulfate-k sulfate-mg sulf 201
NABI-HB 264
nabumetone 28
nadolol 127
nafcillin sodium 265
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE 265
naftifine hcl 150
NAFTIN 150
NAGLAZYME 174
nalbuphine hcl 36
nalmefene hcl 69
NALOCET 35
naloxone hcl 69
naltrexone hcl 69
NAMENDA TITRATION PAK 270
NAMZARIC 266
NAPRELAN 28
NAPROSYN 28
naproxen 28, 29
naproxen dr 28
naproxen sodium 29
naproxen sodium er 29
naproxen-esomeprazole mg 27
naratriptan hcl 227
NARCAN 69
NARDIL 56
NAROPIN 204
NASCOBAL 194
NATACYN 256
natal pnv 244
NATAZIA 142
nateglinide 65
NATESTO 37
NATROBA 160
nat-rul b-50 247
nat-rul daily-vite+iron 240
NAYZILAM 48
nebivolol hcl 127
NEBUPENT 84
Nebusal 147
necon 0.5/35 (28) 140
NEEVO DHA 244
nefazodone hcl 57
NEFFY 286
nelarabine 91
NEMLUVIO 158
neomaterna 244
NEOMULTIVITE 241
neomycin sulfate 21
neomycin-bacitracin zn-polymyx 256
neomycin-polymyxin b gu 185
neomycin-polymyxin-dexameth 258
neomycin-polymyxin-gramicidin 256
neomycin-polymyxin-hc 258, 262
NEONATAL COMPLETE 244
NEONATAL PLUS 244
neonatal prenatal 244
NEONATAL VITAMIN 244
neo-polycin 256
neo-polycin hc 258
NEOPROFEN 29
NEORAL 233
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE . 88
neostigmine methylsulfate rfid 88
NEO-SYNALAR 149
NEOX 100 160
NEOX CORD 1K 160
nephro vitamins 238
NEPHRO-VITE 238
NERLYNX 100
NESACAINE 205
NESACAINE-MPF 205
NESTABS 244
NESTABS DHA 244
NESTABS ONE 246
neuac 148
NEULASTA 195
NEULASTA ONPRO 195
NEUPOGEN 195
NEUPRO 113
NEURONTIN 51
NEUTEK 2TEK TEST 165
NEVANAC 258
nevirapine 122
nevirapine er 122
new day 142
NEXAVAR 100
NEXICLON XR 82
NEXIUM 279
NEXLETOL 74
NEXLIZET 74
NEXOBRID 157

NEXPLANON 142
NEXTERONE 41
NEXTSTELLIS 140
NEXVIAZYME 170
NGENLA 171
niacin (antihyperlipidemic) 76
niacin er (antihyperlipidemic) 76
niacor 76
nicardipine hcl 130
NICARDIPINE HCL IN NACL 130
NICODERM CQ 272
NICORETTE 272
NICORETTE MINI 272
NICORETTE STARTER KIT 272
NICOTINE 272
nicotine 272
nicotine mini 272
nicotine polacrilex 272
nicotine polacrilex mini 272
nicotine step 1 272
nicotine step 2 272
nicotine step 3 272
NICOTROL 272
NICOTROL NS 272
nifedipine 130
nifedipine er 130
nifedipine er osmotic release 130
NIFEREX 196
nikki 140
NIKTIMVO 232
NILANDRON 90
nilotinib hcl 95
nilutamide 90
nimodipine 130
NINJACOF-XG 146
NINLARO 101
NIPENT 104
NIPRIDE RTU 83
nisoldipine er 130
nitazoxanide 84
NITHIODOTE 68
nitisinone 172
NITRO-BID 38
NITRO-DUR 39
nitrofurantoin 87
nitrofurantoin macrocrystal 87
nitrofurantoin monohyd macro 87
nitroglycerin 38, 39
NITROGLYCERIN 39
nitroglycerin in d5w 39
NITROLINGUAL 39
nitroprusside sodium 83
nitroprusside sodium-nacl 83
NITROSTAT 39
NITYR 172
niva thyroid 277
NIVA-PLUS 244
NIVESTYM 195
nizatidine 278
nora-be 143
NORDITROPIN FLEXPRO 171
norelgestromin-eth estradiol 141
norethin ace-eth estrad-fe 140
norethindrone 143
norethindrone acetate 265
norethindrone acet-ethinyl est 140
norethindrone-eth estradiol 178
norgesic 248
NORGESIC FORTE 248
norgestimate-eth estradiol 140
norgestim-eth estrad triphasic 143
NORITATE 160
NORLIQVA 130
norlyroc 143
normal saline flush 231
NORMOSOL-M IN D5W 229
NORMOSOL-R 229
NORMOSOL-R IN D5W 229
NORMOSOL-R PH 7.4 229
NORPACE 40
NORPACE CR 40
NORPRAMIN 59
NORTHERA 286
nortrel 0.5/35 (28) 140
nortrel 1/35 (21) 140
nortrel 1/35 (28) 140
nortrel 7/7/7 143
nortriptyline hcl 59
NORVASC 130
NORVIR 121
NOURIANZ 111
NOVA MAX GLUCOSE TEST 165
NOVA SAFETY LANCETS 23G 214
NOVA SAFETY LANCETS 28G 214
NOVA SUREFLEX LANCETS 214
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE 214
NOVAREL 174
novavax covid-19 vaccine 284
novite 241
NOVOEIGHT 189
NOVOFINE PEN NEEDLE 223
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE 223
NOVOLIN 70/30 63
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN 63
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION 63
NOVOLIN 70/30 RELION 63
NOVOLIN N 63
NOVOLIN N FLEXPEN 63
NOVOLIN N FLEXPEN RELION 63
NOVOLIN N RELION 63
NOVOLIN R 64
NOVOLIN R FLEXPEN 63
NOVOLIN R FLEXPEN RELION 64
NOVOLIN R RELION 64
NOVOLOG 64
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION 64
NOVOLOG FLEXPEN 64
NOVOLOG FLEXPEN RELION 64
NOVOLOG MIX 70/30 64
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN 64
NOVOLOG MIX 70/30 RELION 64
NOVOLOG PENFILL 64
NOVOLOG RELION 64
NOVOSEVEN RT 189
NOXAFIL 72
np thyroid 277
NPLATE 197
NUBEQA 90
NUCALA 44
NUCYNTA 34
NUCYNTA ER 34
NUEDEXTA 271
NULIBRY 173
NULOJIX 236
NUMBRINO 250
NUPLAZID 114
NURTEC 226
NUTRILIPID 253
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 171
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 171
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 171
NUVARING 141
NUVESSA 285
NUVIGIL 20
NUWIQ 189
NUZYRA 275
nyamyc 150
nylia 1/35 140
nylia 7/7/7 143
NYMALIZE 130
NYPOZI 195
nystatin 72, 150, 236
nystatin-triamcinolone 150
nystop 150
NYVEPRIA 195
OB COMPLETE 244
OB COMPLETE ONE 244
OB COMPLETE PETITE 244
OB COMPLETE PREMIER 244
OB COMPLETE/DHA 244
obizur 189
OCALIVA 179
ocella 140
OCREVUS 269
OCREVUS ZUNOVO 268
OCTAGAM 264
OCTAPLAS BLOOD GROUP A 192
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB 192
OCTAPLAS BLOOD GROUP B 192
OCTAPLAS BLOOD GROUP O 192
octreotide acetate 176
OCUFLOX 255
ODACTRA 21
ODEFSEY 120
ODOMZO 98
OFEV 275
ofloxacin 179, 255, 261
OGIVRI 94
OGSIVEO 98
OHTUVAYRE 45
OJEMDA 96
OJJAARA 106
olanzapine 119
olanzapine-fluoxetine hcl 274
OLINVYK 34
olmesartan medoxomil 81
olmesartan medoxomil-hctz 81

olmesartan-amlodipine-hctz 82
olopatadine hcl 250, 255
OLPRUVA (2 GM DOSE) 176
OLPRUVA (3 GM DOSE) 176
OLPRUVA (4 GM DOSE) 176
OLPRUVA (5 GM DOSE) 176
OLPRUVA (6 GM DOSE) 176
OLPRUVA (6.67 GM DOSE) 176
OLUMIANT 22
OMECLAMOX-PAK 280
omega-3-acid ethyl esters 74
OMEGAVEN 253
omeprazole 279
omeprazole-sodium bicarbonate 279
OMIDRIA 260
OMNARIS 250
OMNICAP 241
OMNIFLEX DIAPHRAGM 207
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 218
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 218
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 218
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 218
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 218
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 218
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 218
OMNITROPE 171
OMVOH 182
OMVOH (300 MG DOSE) 182
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE 165
ONAPGO 113
ONCASPAR 103
once daily 241
ondansetron 70
ondansetron hcl 69
ondansetron hcl +rfid 69
one daily 241
one daily essential 241
one daily essentials 241
one daily multivitamin adult 241
one daily multivitamin/iron 240
ONE DROP TEST 165
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN 241
ONE VITE WOMENS 244
ONE VITE WOMENS PLUS 244
one-daily multi vitamins 241
one-daily multi-vitamin 241
one-daily multi-vitamin/iron 240
one-daily/iron 240
ONELAX MAGNESIUM CITRATE 202
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G 214
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G 214
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING 214
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING 214
ONETOUCH ULTRA 165
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST 165
ONETOUCH ULTRA TEST 165
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS 214
ONETOUCH VERIO 165
ONEXTON 148
ONFI 48
ONGENTYS 113
ONGLYZA 60
ONIVYDE 110
ONPATTRO 271
ONTRUZANT 94
ONUREG 91
ONYDA XR 15
ONZETRA XSAIL 227
opcicon one-step 142
OPDIVO 94
OPDIVO QVANTIG 103
OPDUALAG 92
OPFOLDA 170
OPILL 143
OPIPZA 118
OPSUMIT 134
OPSYNVI 133
option 2 142
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 285
OPTIUMEZ TEST 165
OPVEE 69
OPZELURA 153
ORABLOC 204
ORACEA 160
ORALAIR 21
oralone 237
ORAPRED ODT 145
ORAVIG 236
ORBACTIV 85
ORENCIA 29
ORENCIA CLICKJECT 29
ORENITRAM 133
ORENITRAM MONTH 1 133
ORENITRAM MONTH 2 133
ORENITRAM MONTH 3 133
ORFADIN 172
ORGOVYX 106
ORIAHNN 178
ORILISSA 171
ORKAMBI 274
ORLADEYO 192
orlistat 18
Ormalvi 167
orphenadrine citrate 248
orphenadrine citrate er 248
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE 248
orphengesic forte 248
ORSERDU 110
ORTHOVISC 249
oseltamivir phosphate 125
osmitrol 167
OSPHENA 175
OTEZLA 29
OTOVEL 262
OTREXUP 22
OTULFI 152, 182
OVIDE 160
OVIDREL 174
oxacillin sodium 265
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE 265
oxaliplatin 89
oxaprozin 29
oxazepam 40
oxcarbazepine 51
oxcarbazepine er 51
OXERVATE 257
oxiconazole nitrate 157
OXISTAT 157
OXLUMO 186
OXTELLAR XR 51
oxybutynin chloride 281
oxybutynin chloride er 281
oxycodone hcl 34
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 35
oxycodone-acetaminophen 35
OXYCONTIN 34
oxymorphone hcl 34
oxymorphone hcl er 34
oxytocin 262
OXYTROL 281
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 65
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 65
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 65
OZOBAX DS 248
OZURDEX 259
pacerone 41
paclitaxel 108
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART 108
PADCEV 94
PALFORZIA (1 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) 21
PALFORZIA (300 MG TITRATION) 21
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) 21
PALFORZIA INITIAL DOSE 1-3YRS 21
PALFORZIA INITIAL DOSE 4-17YRS 21
PALFORZIA INITIAL ESCALATION 21
PALINGEN FLOW 161
PALINGEN HYDROMEMBRANE 161
PALINGEN INOVOFLO 161
PALINGEN MEMBRANE 161

PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE 161
PALINGEN XPLUS MEMBRANE 161
paliperidone er 115
PALONOSETRON HCL 70
palonosetron hcl 70
PALYNZIQ 175
PAMELOR 59
pamidronate disodium 169
PAMIDRONATE DISODIUM 169
PANCREAZE 166
PANHEMATIN 191
PANRETIN 151
pantoprazole sodium 279
pantoprazole sodium-nacl 279
PANZYGA 264
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER 214
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER 141
paraplatin 89
paricalcitol 172
PARLODEL 112
PARNATE 56
paroxetine hcl 56
paroxetine hcl er 56
paroxetine mesylate 274
PARSABIV 169
PAVBLU 261
PAXIL 56
PAXIL CR 56
PAXLOVID 123
PAXLOVID (150/100) 123
PAXLOVID (300/100) 123
pazopanib hcl 100
PC UNIFINE PENTIPS 223
PEDIAPRED 145
PEDIARIX 277
PEDMARK 109
PEDVAX HIB 282
peg 3350 202
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 201
peg-3350/electrolytes 201
peg-3350/electrolytes/ascorbat 201
PEGASYS 124
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 201
PEG-PREP 201
PEMAZYRE 98
pemetrexed 91
pemetrexed dipotassium 91
pemetrexed disodium 91
pemetrexed ditromethamine 91
PEMFEXY 91
PEMGARDA 263
PEMRYDI RTU 91
pen needle/5-bevel tip 223
PEN NEEDLES 223
PENBRAYA 282
penciclovir 153
penicillamine 232
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 264
penicillin g potassium 264
penicillin g sodium 264
penicillin v potassium 264
PENNSAID 150
PENTACEL 277
PENTAM 84
pentamidine isethionate 84
PENTASA 181
pentazocine-naloxone hcl 36
PENTIPS 223
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 223
pentobarbital sodium 199
pentoxifylline er 191
PEPCID 278
PERCOCET 35
PERFECT LANCETS 28G 214
PERFECT LANCETS 30G 215
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 215
PERFOROMIST 43
PERIDEX 236
PERIKABIVEN 253
perindopril erbumine 79
periogard 236
PERJETA 94
permethrin 160
perphenazine 117
perphenazine-amitriptyline 270
PERSERIS 115
PERTZYE 166
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y 284
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y 284
pfizerpen 264
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE 165
PHARMACIST CHOICE LANCETS 215
PHARMACIST CHOICE NO CODING 165
PHEBURANE 176
phendimetrazine tartrate 17
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER 17
phenelzine sulfate 56
PHENERGAN 73
phenobarbital 199
phenobarbital sodium 199
phenoxybenzamine hcl 80
phentermine hcl 17
phentermine-topiramate er 17
phentolamine mesylate 80
phenylephrine hcl 254
PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) 287
PHENYTEK 54
phenytoin 54
phenytoin infatabs 54
phenytoin sodium 54
phenytoin sodium extended 54
PHESGO 103
PHEXXI 285
philith 140
phillips milk of magnesia 202
phospha 250 neutral 230
PHOSPHOLINE IODIDE 254
phosphorous 230
phospho-trin 250 neutral 230
phospho-trin k500 230
PHOTOFRIN 104
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT 258
PHOXILLUM B22K4/0 232
PHOXILLUM BK4/2.5 232
physiolyte 234
physiosol irrigation 234
phytonadione 287
PIASKY 190
PIFELTRO 122
pilocarpine hcl 237, 254
pimecrolimus 158
pimozide 271
pimtrea 137
pindolol 128
pioglitazone hcl 67
pioglitazone hcl-glimepiride 67
pioglitazone hcl-metformin hcl 67
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP 165
PIP LANCETS 28G 215
PIP LANCETS 30G 215
pip pen needles 31g x 5mm 223
pip pen needles 32g x 4mm 223
piperacillin sod-tazobactam so 265
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 109
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 109
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 109
pirfenidone 275
piroxicam 29
pitavastatin calcium 76
PITOCIN 262
PLAQUENIL 87
PLASMA-LYTE 148 229
PLASMA-LYTE A 229
PLAVIX 193
PLEGRIDY 269
PLEGRIDY STARTER PACK 269
plenamine 252
PLENVU 201
plerixafor 194
PLUVICTO 104
PNEUMOVAX 23 282
pnv 27-ca/fe/fa 244
pnv prenatal plus multivit+dha 244
PNV TABS 20-1 244
pnv-dha 246
PNV-DHA+DOCUSATE 246
PNV-OMEGA 244
pnv-select 244
POCKETCHEM EZ TEST 165
podofilox 158
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES 165
POKONZA 230
POLIVY 93
polocaine 204
polocaine-mpf 204
polycin 256
polyethylene glycol 3350 202
polymyxin b sulfate 87

polymyxin b-trimethoprim 256
POLY-TUSSIN AC 147
POLY-VI-FLOR 242
POLY-VI-FLOR/IRON 242
POMALYST 98
POMBILITI 170
PONVORY 273
PONVORY STARTER PACK 273
portia-28 140
PORTRAZZA 97
posaconazole 72
POSFREA 70
POSIMIR 204
POTASSIUM ACETATE 230
POTASSIUM CHLORIDE 230
potassium chloride 230
potassium chloride crys er 230
potassium chloride er 230
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL . 229
potassium chloride in nacl 229
potassium citrate er 185
potassium cl in dextrose 5% 229
POTASSIUM PHOSPHATES 230
potassium phosphates 230
potassium phosphates(66 meq k) 230
POTASSIUM PHOSPHATES(71 MEQ K) 230
potassium phosphates-nacl 230
POTELIGEO 92
PRADAXA 48
PRALUENT 77
pramipexole dihydrochloride 113
pramipexole dihydrochloride er 113
PRAMOSONE 160
PRAMOTIC 261
prasugrel hcl 193
pravastatin sodium 76
PRAXBIND 68
praziquantel 38
prazosin hcl 83
PRECEDEX 200
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 223
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE 165
PRED FORTE 259
PRED MILD 259
prednisolone 145
prednisolone acetate 259
prednisolone sodium phosphate 145
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 259
prednisone 145
PREDNISONE INTENSOL 145
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 223
pregabalin 51, 52
pregabalin er 271
PREGEN DHA 246
PREGENNA 244
PREGNYL 174
PREMARIN 178, 286
PREMASOL 252
PREMESISRX 246
PREMPHASE 178
PREMPRO 178
prena 1 true 246
prena1 246
PRENA1 PEARL 244
PRENATAL 244
PRENATAL (W/IRON & FA) 244
PRENATAL 19 244
prenatal 19 244
PRENATAL COMPLETE 244
PRENATAL FORTE 244
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 246
PRENATAL ONE DAILY 244
PRENATAL PLUS 244
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 244
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL 244
prenatal vitamins 244
PRENATAL VITAMINS 245
PRENATAL/IRON 245
PRENATAL-U 245
PRENATE 246
PRENATE AM 246
PRENATE DHA 246
PRENATE ELITE 245
PRENATE ENHANCE 246
PRENATE ESSENTIAL 246
PRENATE MINI 246
PRENATE PIXIE 246
PRENATE RESTORE 246
PRENATRIX 245
PRENATRYL 245
PREPIDIL 262
PRESTALIA 77
PRETOMANID 88
PREVACID 279
PREVACID SOLUTAB 279
prevalite 75
PREVDUO 68
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 223
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES . 223
PREVIDENT 237
PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS . 237
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH 237
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT 236
PREVIDENT 5000 KIDS 237
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE 237
PREVIDENT 5000 PLUS 237
PREVIDENT 5000 SENSITIVE 236
PREVNAR 20 282
prev-rx 240
PREVYMIS 123
PREZCOBIX 120
PREZISTA 121
PRIFTIN 88
PRILOSEC 279
PRIMAQUINE PHOSPHATE 87
PRIMAXIN IV 84
primidone 52
PRIORIX 282
PRISMASOL B22GK 4/0 232
PRISMASOL BGK 0/2.5 232
PRISMASOL BGK 2/0 232
PRISMASOL BGK 2/3.5 232
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 232
PRISMASOL BGK 4/2.5 232
PRISMASOL BK 0/0/1.2 232
PRISTIQ 58
PRIVIGEN 264
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 223
PRO COMFORT LANCETS 30G 215
PRO COMFORT LANCETS 31G 215
PRO COMFORT PEN NEEDLES 223
pro comfort safety lancets 30g 215
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE 165
PROAIR RESPICLICK 43
probenecid 187
procainamide hcl 40
PROCARDIA XL 130, 131
procentra 16
prochlorperazine 118
prochlorperazine edisylate 118
prochlorperazine maleate 118
PROCRIT 194
PROCTOCORT 38
PROCTOFOAM HC 38
procto-med hc 38
proctosol hc 38
proctozone-hc 38
PROCYSBI 185
PRODIGY INSULIN SYRINGE 223
PRODIGY LANCETS 28G 215
PRODIGY LANCING DEVICE 215
PRODIGY NO CODING BLOOD GLUC 165
PRODIGY SAFETY LANCETS 26G . 215
PRODIGY TWIST TOP LANCETS 28G 215
PROFILNINE 189
progesterone 265
PROGLYCEM 60
PROGRAF 234
PROLASTIN-C 274
PROLATE 35
PROLENSA 258
PROLEUKIN 104
PROLIA 175
PROMACTA 197
promethazine hcl 73, 74
promethazine-codeine 147
promethazine-dm 147
promethazine-phenylephrine 147
promethegan 74
PROMETRIUM 265
propafenone hcl 41
propafenone hcl er 41
proparacaine hcl 257
PROPECIA 161
PROPEL 250
PROPEL CONTOUR 250

PROPEL MINI 250
PROPEL MINI SDS 250
propofol 184
propranolol hcl 128
propranolol hcl er 128
propylthiouracil 276
PROQUAD 282
PRO-RED AC 147
PROSCAR 185
PROSOL 252
PROSTIN VR 133
protamine sulfate 192
PROTONIX 279
PROTOPAM CHLORIDE 69
protriptyline hcl 59
PROVAYBLUE 69
PROVERA 266
PROVIDA OB 245
PROVIGIL 20
PROVISC 260
PROZAC 56
prucalopride succinate 179
PRUDOXIN 151
pseudoeph-bromphen-dm 147
PTS PANELS EGLU TEST 165
PULMICORT 45
PULMICORT FLEXHALER 45
Pulmosal 147
PULMOZYME 275
PURE COMFORT LANCETS 30G 215
PURE COMFORT PEN NEEDLE 223
pure comfort safety pen needle 224
PURIXAN 91
px advanced lancing device 215
PX INSULIN SYRINGE 224
PX LANCETS MICROTHIN 33G 215
PX LANCETS ULTRA THIN 28G 215
PX MINI PEN NEEDLES 224
PYLERA 280
pyrazinamide 88
pyridostigmine bromide 88
pyridostigmine bromide er 88
pyrimethamine 88
PYRUKYND 193
PYRUKYND TAPER PACK 193
PYZCHIVA 152, 182
QBRELIS 79
QBREXZA 159
qc advanced lancing device 215
qc aspirin low dose 31
qc b50 prolonged release 240
qc b-complex/vitamin c 238
qc childrens aspirin 31
qc daily multivitamins/iron 240
qc essentials 241
qc folic acid 195
qc gentle laxative 203
qc gentle laxative womens 203
QC LANCETS SUPER THIN 30G 215
QC LANCETS ULTRA THIN 215
qc laxative 203
qc magnesium citrate 202
qc milk of magnesia 203
qc natura-lax 202
qc nicotine transdermal system 272
QC PEN NEEDLES 224
QC PRENATAL 245
QC UNIFINE PENTIPS 224
QC UNILET LANCETS 28G 215
QC UNILET LANCETS MICRO THIN 215
QELBREE 15
QFITLIA 187
QINLOCK 100
QLOSI 255
QNASL 250
QNASL CHILDRENS 250
QSYMIA 17
QUADRACEL 277
quazepam 199
QUELICIN 251
QUESTRAN 75
QUESTRAN LIGHT 75
quetiapine fumarate 116
quetiapine fumarate er 116
QUFLORA FE 240
QUFLORA FE PEDIATRIC 242
QUFLORA PEDIATRIC 242
QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST 165
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 224
QUICKTEK TEST 165
QUILLICHEW ER 20
QUILLIVANT XR 20
quin b strong b-25 240
quinapril hcl 79
quinapril-hydrochlorothiazide 78
quinidine gluconate er 40
quinidine sulfate 40
quinine sulfate 88
QUINTABS 241
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST 165
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST 165
QULIPTA 226
QUVIVIQ 200
QUZYTTIR 73
QVAR REDIHALER 45, 46
ra aspirin adult low dose 31
ra aspirin adult low strength 31
ra aspirin childrens 31
ra aspirin ec 31
ra aspirin ec adult low st 31
ra balanced b-100 240
ra balanced b-100 cr 240
ra balanced b-50 240
ra balanced b-50 tr 240
ra b-complex 238
ra b-complex with b-12 238
ra folic acid 195
RA INSULIN SYRINGE 224
ra laxative 202, 203
ra magnesium citrate 203
ra milk of magnesia 203
ra mini nicotine 273
ra nicotine 273
ra nicotine gum 273
ra nicotine polacrilex 273
RA PEN NEEDLES 224
RA PRENATAL 245
RA PRENATAL FORMULA 245
ra womens laxative 203
RABAVERT 284
RABEPRAZOLE SODIUM 279
rabeprazole sodium 279
RADICAVA ORS 250
RADICAVA ORS STARTER KIT 250
RADIOGARDASE 69
RAGWITEK 21
RALDESY 57
raloxifene hcl 175
ramelteon 200
ramipril 79
ranolazine er 38
RAPAFLO 185
RAPIBLYK 127
RAPIVAB 125
rasagiline mesylate 112
RASUVO 22
RAVICTI 176
raya sure pen needle 224
RAYALDEE 172
RAYOS 145
react 142
READYLANCE SAFETY LANCETS 215
REALITY INSULIN SYRINGE 224
REALITY LANCETS 215
REALITY LATEX CONDOMS 206
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED 206
REALITY LATEX/ULTRA THIN 206
REALITY TRIGGER LANCETS 215
REBIF 269
REBIF REBIDOSE 269
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 269
REBIF TITRATION PACK 269
REBINYN 189
REBLOZYL 194
REBYOTA 183
RECARBRIO 85
RECLAST 169
reclipsen 140
RECOMBINATE 189
RECOMBIVAX HB 284
RECORLEV 170
RECOTHROM 198
RECOTHROM SPRAY KIT 198
RECTIV 38
REFRESH AA 15 PKU 252
REFRESH AA 15 TYR 252
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST 165
REGLAN 180
REGONOL 88
REGRANEX 161
RELAFEN DS 29
RELENZA DISKHALER 125

RELEUKO ... 195
RELEXXII ... 20
relibiotic ... 67
RELION BLOOD GLUCOSE TEST ... 165
RELION CONFIRM/MICRO TEST ... 165
RELION GLUCOSE TEST STRIPS ... 165
RELION INSULIN SYRINGE ... 224
RELION LANCET DEVICES 30G ... 215
RELION LANCETS ... 215
RELION LANCETS MICRO-THIN 33G ... 215
RELION LANCETS THIN 26G ... 215
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G ... 215
RELION LANCING DEVICE ... 215
RELION PEN NEEDLES ... 224
RELION PREMIER TEST ... 165
RELION PRIME TEST ... 165
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS ... 166
RELION ULTIMA TEST ... 166
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G ... 215
RELISTOR ... 183
RELNATE DHA ... 245
RELPAX ... 227
RELTONE ... 179
REMERON ... 55
REMERON SOLTAB ... 55
REMESENSE ... 207
REMICADE ... 184
remifentanil hcl ... 34
REMODULIN ... 133
RENACIDIN ... 186
renal vitamin ... 238
rena-vite ... 238
RENFLEXIS ... 184
RENOVA ... 149
RENOVA PUMP ... 149
RENTHYROID ... 277
RENVELA ... 183
repaglinide ... 65
REPATHA ... 77
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM ... 77
REPATHA SURECLICK ... 77
RESTASIS ... 257
RESTASIS MULTIDOSE ... 257
RESTORIL ... 199
RETACRIT ... 194
RETEVMO ... 101
RETIN-A ... 149
RETIN-A MICRO ... 149
RETIN-A MICRO PUMP ... 149
RETISERT ... 259
RETROVIR ... 122
REVATIO ... 134
REVCOVI ... 168
REVLIMID ... 233
revonto ... 248
REVUFORJ ... 99
REXTOVY ... 69
REXULTI ... 118
REYATAZ ... 121
REYVOW ... 228
REZDIFFRA ... 180
REZIPRES ... 287
REZLIDHIA ... 106
REZUROCK ... 235
REZVOGLAR KWIKPEN ... 64
REZZAYO ... 71
RHOFADE ... 160
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS ... 264
RHOPHYLAC ... 264
RHOPRESSA ... 258
RIABNI ... 92
RIASTAP ... 189
ribavirin ... 124, 125
RIDAURA ... 26
rifabutin ... 88
RIFADIN ... 88
rifampin ... 88
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT ... 215
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE ... 215
RIGHTEST GL300 LANCETS ... 215
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE ... 166
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE ... 166
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE ... 166
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE ... 166
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST 166
riluzole ... 251
rimantadine hcl ... 125
RIMSO-50 ... 186
ringers ... 229
ringers irrigation ... 234
RINVOQ ... 22
RINVOQ LQ ... 22
RIOMET ... 60
risanoid plus ... 247
risedronate sodium ... 169
RISPERDAL ... 115
RISPERDAL CONSTA ... 115
risperidone ... 115
risperidone microspheres er ... 115
RITALIN ... 20
RITALIN LA ... 20
ritonavir ... 121
RITUXAN ... 92
RITUXAN HYCELA ... 103
rivaroxaban ... 46
rivastigmine ... 267
rivastigmine tartrate ... 267
rivelsa ... 142
RIVFLOZA ... 186
RIXUBIS ... 189
rizatriptan benzoate ... 227
ROBAXIN ... 248
ROCALTROL ... 172
ROCKLATAN ... 257
rocuronium bromide ... 251
roflumilast ... 45
ROLVEDON ... 196
romidepsin ... 98
ROMVIMZA ... 97
ropinirole hcl ... 113
ropinirole hcl er ... 113
ropivacaine hcl ... 204
ROPIVACAINE HCL ... 204
rosuvastatin calcium ... 76
ROTARIX ... 284
ROTATEQ ... 284
ROWASA ... 181
roweepra ... 52
ROXICODONE ... 34
ROXYBOND ... 34
ROZEREM ... 200
ROZLYTREK ... 102
RUBRACA ... 109
RUCONEST ... 190
rufinamide ... 52
RUKOBIA ... 121
RUXIENCE ... 92
RYALTRIS ... 250
RYANODEX ... 248
RYBELSUS ... 65
RYBREVANT ... 101
ryclora ... 73
RYDAPT ... 100
RYDEX ... 147
RYKINDO ... 115
RYLAZE ... 104
RYPLAZIM ... 192
RYSTIGGO ... 235
RYTARY ... 113
RYTELO ... 109
RYVENT ... 73
RYZNEUTA ... 196
SABRIL ... 53
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT ... 215
SAFETY LANCETS ... 215
SAFETY LANCETS 21G ... 215
SAFETY LANCETS 23G ... 215
SAFETY LANCETS 28G ... 216
safety pen needles ... 224
SAFYRAL ... 140
sajazir ... 190
SALAGEN ... 237
saline flush ... 231
SAMSCA ... 176
SANCUSO ... 70
SANDIMMUNE ... 233
SANDOSTATIN ... 176
SANDOSTATIN LAR DEPOT ... 176
SANTYL ... 157
SAPHNELO ... 236
SAPHRIS ... 116
sapropterin dihydrochloride ... 175
saps health plus lancets ... 216
SAPS HEALTH TWIST TOP LANCETS ... 216
SAPS TWIST TOP LANCETS ... 216
SAPSCARE TWIST TOP LANCETS ... 216

SARCLISA 93
SAVAYSA 46
SAVELLA 267
SAVELLA TITRATION PACK 267
saxagliptin hcl 60
saxagliptin-metformin er 61
SAXENDA 17
sb bisacodyl laxative ec 203
sb childrens aspirin 32
sb gentle lax-women 203
SB INSULIN SYRINGE 224
SB LANCETS THIN 216
SB LANCETS ULTRA THIN 216
sb low dose asa ec 32
sb magnesium citrate 203
sb milk of magnesia 203
sb polyethylene glycol 3350 202
SCEMBLIX 95
SCENESSE 159
scopolamine 70
SECUADO 116
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 224
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 224
SEGLUROMET 66
SELARSDI 152, 182
select-lite device/lancets 216
select-lite lancing device 216
SELECT-OB 245
SELECT-OB+DHA 246
selegiline hcl 112
SELENIOUS ACID 231
selenium sulfide 153
SELZENTRY 120
SEMGLEE (YFGN) 64
SE-NATAL 19 245
SENSIPAR 169
sensorcaine 204
sensorcaine/epinephrine 204
sensorcaine-mpf 204
sensorcaine-mpf/epinephrine 204
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 204
SEREVENT DISKUS 43
SERNIVO 156
SEROQUEL 117
SEROQUEL XR 117
SEROSTIM 171
SERTRALINE HCL 56
sertraline hcl 56
setlakin 142
sevelamer carbonate 183
sevelamer hcl 183
SEVENFACT 189
sevoflurane 185
SEYSARA 276
SEZABY 199
sf 237
sf 5000 plus 237
SFROWASA 181
sharobel 143
SHINGRIX 284
SIGNIFOR 176
SIGNIFOR LAR 176
SIKLOS 194
sildenafil citrate 134, 135
SILENOR 199
SILIQ 152
silodosin 185
SILVADENE 154
silver sulfadiazine 154
SIMBRINZA 253
SIMLANDI (1 PEN) 25
SIMLANDI (1 SYRINGE) 25
SIMLANDI (2 PEN) 25
SIMLANDI (2 SYRINGE) 25
simliya 137
simpesse 142
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV 216
SIMPLERA SENSOR 216
SIMPLERA SYNC SENSOR 216
SIMPLERA SYSTEM 216
SIMPONI 25
SIMPONI ARIA 25
SIMULECT 235
simvastatin 76
SINEMET 113
SINGLE-LET 216
SINGULAIR 44
sirolimus 234
SIRTURO 88
sitaglipt base-metform hcl er 61
sitagliptin 60
sitagliptin base-metformin hcl 61
SITAVIG 125
SIVEXTRO 87
SKYCLARYS 251
SKYLA 143
SKYRIZI 152, 182
SKYRIZI PEN 152
SKYTROFA 171
SLYND 143
sm nicotine 273
sm nicotine polacrilex 273
SMART DIABETES VANTAGE LANCING 216
SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST 166
SMARTEST LANCETS 28G 216
SMOFLIPID 253
smooth lax 202
SOAANZ 167
sod benz-sod phenylacet 177
SODIUM ACETATE 228
sodium acetate 228
sodium bicarbonate 228
sodium chloride 147, 186, 231
sodium chloride (pf) 231
sodium fluoride 229, 237
sodium fluoride 5000 enamel 236
sodium fluoride 5000 plus 237
sodium fluoride 5000 ppm 237
sodium fluoride 5000 sensitive 236
SODIUM IODIDE I-131 276
SODIUM NITRITE 69
sodium nitroprusside 83
sodium oxybate 266
sodium phenylbutyrate 177
sodium phosphates 230
sodium polystyrene sulfonate 235
sodium tetradecyl sulfate 235
SODIUM THIOSULFATE 69
SOFDRA 159
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 124
SOGROYA 171
SOHONOS 249
solifenacin succinate 281
SOLIQUA 65
SOLIRIS 190
SOLOSEC 21
SOLTAMOX 90
SOLU-CORTEF 145
SOLU-MEDROL 146
SOLU-MEDROL (PF) 146
SOLUS V2 LANCETS 28G 216
SOLUS V2 LANCING DEVICE 216
SOLUS V2 TEST 166
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G 216
SOMA 248
SOMATULINE DEPOT 176
SOMAVERT 171
SOOLANTRA 160
sorafenib tosylate 100
SORBITOL 186
SORBITOL-MANNITOL 186
SORILUX 153
SOTALOL HCL 128
sotalol hcl 128
sotalol hcl (af) 128
SOTRADECOL 236
sotradecol 236
SOTYKTU 152
SOTYLIZE 128
SOVALDI 124
SOVUNA 88
SPEVIGO 152
SPIKEVAX 284
spinosad 160
SPIRIVA HANDIHALER 44
SPIRIVA RESPIMAT 44
spironolactone 167
spironolactone-hctz 167
SPORANOX 73
SPRAVATO (56 MG DOSE) 56
SPRAVATO (84 MG DOSE) 56
sprintec 28 140
SPRITAM 52
SPRIX 29
SPRYCEL 95
sps (sodium polystyrene sulf) 235
sronyx 140
ssd 154
st joseph aspirin 32
st joseph low dose 32
STAMARIL 284
STEGLATRO 66
STEGLUJAN 65
STELARA 152, 182

STENDRA 135
STEQEYMA 152, 182
STERILANCE TL 216
sterile water for irrigation 234
STIMUFEND 196
STIOLTO RESPIMAT 42
STIVARGA 100
STRATTERA 15
STRENSIQ 172
streptomycin sulfate 21
stress b complex/iron 240
stress formula 241
stress formula (folic acid) 238
stress formula/iron 240
stress formula/zinc/energy 241
stresstabs energy 241
STRIBILD 120
STRIVERDI RESPIMAT 43
STROMECTOL 38
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 104
SUBLOCADE 36
SUBOXONE 36
subvenite 52
subvenite starter kit-blue 52
subvenite starter kit-green 52
subvenite starter kit-orange 52
SUCRAID 166
sucralfate 278
SUFENTANIL CITRATE 34
SUFLAVE 201
SULAR 131
sulconazole nitrate 158
sulfacetamide sodium 259
sulfacetamide sodium (acne) 148
sulfacetamide-prednisolone 258
sulfadiazine 275
sulfamethoxazole-trimethoprim 84
SULFAMYLON 154
sulfasalazine 181
sulfatrim pediatric 84
sulindac 29
sumatriptan 227
sumatriptan succinate 227, 228
sumatriptan succinate refill 227
sumatriptan-naproxen sodium 227
sunitinib malate 101
SUNLENCA 120
SUNOSI 17
SUPARTZ FX 249
super b complex/fa/vit c 238
super b complex/vitamin c 239
super b-complex 240
super b-complex + vitamin c 239
super b-complex/vit c/fa 238
super dec b-100 240
super quints b-50 240
SUPER THIN LANCETS 216
SUPPRELIN LA 173
SUPRANE 185
SUPREME TEST 166
SUPREP BOWEL PREP KIT 201
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 224
SURE COMFORT LANCETS 18G 216
SURE COMFORT LANCETS 21G 216
SURE COMFORT LANCETS 23G 216
SURE COMFORT LANCETS 28G 216
SURE COMFORT LANCETS 30G 216
sure comfort lancing pen 216
SURE COMFORT PEN NEEDLES 224
sure comfort pen needles 224
SURELITE LANCETS 216
SURGICEL FIBRILLAR 198
SURGICEL NU-KNIT 198
SURGICEL SNOW 1"X2" 198
SURGICEL SNOW 2"X4" 198
SURGICEL SNOW 4"X4" 198
SUSTOL 70
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) 261
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) 261
SUTAB 201
SUTENT 101
syeda 140
SYFOVRE 256
SYLVANT 234
SYMBICORT 42
SYMBRAVO 227
SYMBYAX 274
SYMDEKO 274
SYMFI 120
SYMLINPEN 120 59
SYMLINPEN 60 59
SYMPAZAN 48
SYMPROIC 183
SYMTUZA 120
SYNAGIS 263
SYNALAR 156
SYNAREL 173
SYNDROS 70
SYNJARDY 66
SYNJARDY XR 66
SYNOJOYNT 249
SYNTHROID 277
SYNVISC 249
SYNVISC ONE 249
SYPRINE 232
SYRINGE AVITENE 198
tab-a-vite 241
tab-a-vite/beta carotene 241
tab-a-vite/iron 240
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 240
TABLOID 91
TABRECTA 99
TACLONEX 161
tacrolimus 158, 234
tadalafil 135
tadalafil (pah) 134
TADLIQ 134
TAFINLAR 96
tafluprost (pf) 261
TAGRISSO 97
take action 142
TAKHZYRO 192
TALICIA 280
TALTZ 152
TALVEY 96
TALZENNA 109
TAMIFLU 125
tamoxifen citrate 90
tamsulosin hcl 185
Tanlor 248
taperdex 12-day 146
taperdex 6-day 146
taperdex 7-day 146
TARCEVA 97
targadox 276
TARGRETIN 110, 161
tarina 24 fe 140
tarina fe 1/20 eq 140
TARON-C DHA 245
TARPEYO 146
TASCENSO ODT 273
TASIGNA 95
tasimelteon 200
TASMAR 112
tavaborole 159
TAVALISSE 193
TAVNEOS 191
taysofy 140
TAYTULLA 140
TAZAROTENE 149
tazarotene 153
tazicef 137
TAZICEF 137
TAZORAC 153
TAZVERIK 99
TECENTRIQ 94
TECENTRIQ HYBREZA 103
TECFIDERA 269, 270
TECHLITE AST LANCETS 216
TECHLITE INSULIN SYRINGE 224
TECHLITE LANCETS 216
TECHLITE LANCETS 26G 216
TECHLITE PEN NEEDLES 224
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 224
TECVAYLI 96
TEFLARO 137
TEGLUTIK 251
TEGRETOL 52
TEGRETOL-XR 52
TEKTURNA 83
telmisartan 82
telmisartan-amlodipine 80
telmisartan-hctz 81
temazepam 199
TEMBEXA 125
TEMODAR 106
temozolomide 106
temsirolimus 100
tencon 30
TENIVAC 277
tenofovir disoproxil fumarate 123
TENORETIC 100 83
TENORETIC 50 83
TENORMIN 127
TEPADINA 89
TEPEZZA 173
TEPMETKO 99

tepylute 89
terazosin hcl 83
terbinafine hcl 72
terbutaline sulfate 43
terconazole 285
teriflunomide 268
teriparatide 175
TERIPARATIDE 175
TERLIVAZ 177
terrell 185
TESTIM 37
TESTOPEL 37
testosterone 37
testosterone cypionate 37
testosterone enanthate 37
tetrabenazine 268
tetracaine hcl 257
tetracycline hcl 276
TEVIMBRA 94
TEXACORT 156
TEZRULY 83
TEZSPIRE 46
THALITONE 168
THALOMID 231
THAM 228
THE LIQUILIFT TRACE 231
THEO-24 46
theophylline 46
theophylline er 46
THERA 242
thera-tabs 242
THEREMS 242
thiamine hcl 287
THIOLA 187
THIOLA EC 186
thioridazine hcl 118
thiotepa 89
thiothixene 119
thrive 273
THRIVITE RX 245
THROMBATE III 192
THROMBI-GEL 10 197
THROMBI-GEL 100 197
THROMBI-GEL 40 197
THROMBIN-JMI 198
THROMBIN-JMI EPISTAXIS 198
THROMBI-PAD 197
THROMBOGEN 198
THYMOGLOBULIN 233
THYQUIDITY 277
thyroid 277
tiadylt er 131
tiagabine hcl 53
TIAZAC 131
TIBSOVO 106
ticagrelor 191
TICE BCG 104
TICOVAC 284
TIGAN 70
TIGECYCLINE 275
TIGLUTIK 251
TIKOSYN 41
tilia fe 143
timolol hemihydrate 254
timolol maleate 128, 254
timolol maleate (once-daily) 254
timolol maleate ocudose 254
timolol maleate pf 254
TIMOPTIC OCUDOSE 254
tinidazole 84
tiopronin 187
tiotropium bromide monohydrate 44
tirofiban hcl in nacl 191
TIROSINT 277
TIROSINT-SOL 277
TISSEEL 197
TISSUEBLUE 260
TIVDAK 94
TIVICAY 121
TIVICAY PD 121
tizanidine hcl 248
TLANDO 37
tm-daily vite 242
TNKASE 193
TOBI 21
TOBI PODHALER 21
TOBRADEX 258
TOBRADEX ST 258
tobramycin 22, 255
tobramycin sulfate 22
tobramycin-dexamethasone 258
TOBREX 255
TODAY SPONGE 285
todays health lancing device 216
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 224
TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 224
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G 216
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G 216
TOFIDENCE 26
TOLAK 151
tolcapone 112
TOLECTIN 600 29
tolmetin sodium 29
TOLSURA 73
tolterodine tartrate 281
tolterodine tartrate er 281
tolvaptan 176
TOPAMAX 52
TOPAMAX SPRINKLE 52
TOPICORT 156
TOPICORT SPRAY 156
topiramate 52
topiramate er 52
TOPOTECAN HCL 110
topotecan hcl 110
TOPROL XL 127
toremifene citrate 90
TORISEL 100
Torpenz 100
torsemide 167
TOSYMRA 228
TOTALVISC 260
TOUJEO MAX SOLOSTAR 64
TOUJEO SOLOSTAR 64
tovet 156
TOVIAZ 281
TPN ELECTROLYTES 229
TPOXX 125
TRACLEER 134
TRADJENTA 60
TRALEMENT 231
TRAMADOL HCL 35
tramadol hcl 35
tramadol hcl (er biphasic) 35
tramadol hcl er 35
tramadol-acetaminophen 36
trandolapril 79
trandolapril-verapamil hcl er 77
tranexamic acid 198
TRANEXAMIC ACID-NACL 198
tranylcypromine sulfate 56
TRAVASOL 252
TRAVATAN Z 261
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G 216
travoprost (bak free) 261
TRAZIMERA 94
trazodone hcl 57
TREANDA 89
TRECATOR 89
TRELEGY ELLIPTA 42
TRELSTAR MIXJECT 107
TREMFYA 152, 182
TREMFYA CROHNS INDUCTION 182
TREMFYA ONE-PRESS 152
TREMFYA PEN 152, 182
treprostinil 133
TRESIBA 64
TRESIBA FLEXTOUCH 64
tretinoin 110, 149
tretinoin microsphere 149
tretinoin microsphere pump 149
TRETTEN 189
TREXALL 91
TREXIMET 227
trezix 32
triamcinolone acetonide 156, 157, 237
triamcinolone in absorbase 157
triamterene 167
triamterene-hctz 167
triazolam 199
TRIBENZOR 82
TRICOR 75
Tridacaine Ii 158
Tridacaine Iii 158
triderm 157
trientine hcl 232
TRIESENCE 259
tri-estarylla 143
trifluoperazine hcl 118
trifluridine 256
trihexyphenidyl hcl 112
TRIJARDY XR 65
TRIKAFTA 274
tri-legest fe 144
TRILEPTAL 52

tri-linyah ... 144
tri-lo-estarylla ... 144
tri-lo-marzia ... 144
tri-lo-mili ... 144
tri-lo-sprintec ... 144
TRI-LUMA ... 157
TRILURON ... 249
trimethobenzamide hcl ... 70
TRIMETHOPRIM ... 84
tri-mili ... 144
trimipramine maleate ... 59
TRINATAL RX 1 ... 245
trinate ... 245
TRINTELLIX ... 57
TRIPTODUR ... 173
TRISENOX ... 104
tri-sprintec ... 144
TRISTART DHA ... 246
TRIUMEQ ... 120
TRIUMEQ PD ... 120
TRI-VI-FLOR ... 242
TRI-VI-FLORO ... 242
tri-vitamin with fluoride ... 242
tri-vite/fluoride ... 242
trivora (28) ... 144
tri-vylibra ... 144
tri-vylibra lo ... 144
TRODELVY ... 110
TROGARZO ... 120
TROJAN ENZ ... 206
TROJAN MAGNUM ... 206
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED ... 207
TROJAN ULTRA THIN ... 207
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL ... 207
TROJAN-ENZ LUBRICATED ... 207
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL ... 207
TROKENDI XR ... 53
TROPHAMINE ... 253
tropicamide ... 254
trospium chloride ... 281
trospium chloride er ... 281
TRUDHESA ... 227
true comfort insulin syringe ... 224
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE ... 224
TRUE COMFORT PEN NEEDLES ... 224
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR ... 224
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES ... 224
true comfort safety lancets ... 216
true comfort safety pen needle ... 224
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS ... 216
true cover ... 207
true daily vite ... 242
TRUE FOCUS BLOOD GLUCOSE STRIP ... 166
true folic acid ... 195
true laxative ... 202
TRUE METRIX BLOOD GLUCOSE TEST ... 166
true multivitamin ... 242
TRUEDRAW LANCING DEVICE ... 216
TRUEPLUS 5-BEVEL PEN NEEDLES ... 225
TRUEPLUS INSULIN SYRINGE ... 225
TRUEPLUS LANCETS 26G ... 217
TRUEPLUS LANCETS 28G ... 217
TRUEPLUS LANCETS 30G ... 217
TRUEPLUS LANCETS 33G ... 217
TRUEPLUS SAFETY LANCETS 28G ... 217
TRUETEST TEST ... 166
TRUETRACK TEST ... 166
TRULANCE ... 179
TRULICITY ... 65
TRUMENBA ... 282
TRUQAP ... 91
TRUSTEX COLOR CONDOMS + LUBE ... 207
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDED 207
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST ... 207
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL ... 207
TRUSTEX LUBRICATED ... 207
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE ... 207
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST ... 207
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE ... 207
TRUSTEX NATURAL CONDOMS + LUBE ... 207
TRUSTEX NON-LUBRICATED ... 207
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ... 207
TRUSTEX RIA LUBRICATED ... 207
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED 207
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD ... 207
TRUVADA ... 120
TRUXIMA ... 93
TRYNGOLZA ... 173
TRYVIO ... 83
TUDORZA PRESSAIR ... 44
TUKYSA ... 94
TURALIO ... 101
TURPENTINE ... 158
Turqoz ... 140
TUXARIN ER ... 147
TWIIST REFILL KIT ... 218
TWIIST REFILL KIT/INFUSION SET ... 218
TWIIST STARTER KIT ... 218
TWINRIX ... 282
TWIRLA ... 141
twist top lancets 30g ... 217
TWYNEO ... 148
TYBLUME ... 140
TYBOST ... 123
TYENNE ... 26, 27
TYGACIL ... 275
TYKERB ... 101
TYMLOS ... 175
TYPHIM VI ... 282
TYRVAYA ... 254
TYSABRI ... 269
TYVASO ... 133
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT 133
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT 133
TYVASO DPI TITRATION KIT ... 133
TYVASO REFILL KIT ... 133
TYVASO STARTER KIT ... 133
TZIELD ... 59
UBRELVY ... 226
UCERIS ... 38, 146
UDENYCA ... 196
UDENYCA ONBODY ... 196
ULORIC ... 187
ULTANE ... 185
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 225
ULTICARE INSULIN SYR 1/2 UNIT 225
ULTICARE INSULIN SYRINGE ... 225
ULTICARE MICRO PEN NEEDLES ... 225
ULTICARE MINI PEN NEEDLES ... 225
ULTICARE PEN NEEDLES ... 225
ULTICARE SHORT PEN NEEDLES ... 225
ULTIGUARD SAFEPACK PEN NEEDLE ... 225
ULTIGUARD SAFEPACK SYR/NEEDLE ... 225
ULTI-LANCE AUTOMATIC ... 217
ULTILET CLASSIC LANCETS ... 217
ULTILET LANCETS ... 217
ULTILET PEN NEEDLE ... 225
ULTILET SAFETY LANCETS ... 217
ULTILET SAFETY LANCETS 23G ... 217
ULTIVA ... 35
ULTOMIRIS ... 190
ultra b-100 complex ... 247
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE ... 225
ULTRA FLO INSULIN PEN NEEDLES ... 225
ULTRA FLO INSULIN SYR 1/2 UNIT ... 225
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE ... 225
ULTRA THIN LANCETS 31G ... 217
ULTRA THIN PEN NEEDLES ... 225
ULTRACARE INSULIN SYRINGE ... 225
ULTRA-CARE LANCETS 30G ... 217
ULTRACARE PEN NEEDLES ... 225
ULTRAFOAM SPONGE 2X6.25X7CM ... 198
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X1CM ... 199
ULTRAFOAM SPONGE 8X12.5X3CM ... 199
ULTRAFOAM SPONGE 8X25X1CM 199
ULTRAFOAM SPONGE 8X6.25X1CM ... 199
ULTRA-THIN II AUTO LANCET ... 217
ULTRA-THIN II INS SYR SHORT ... 225
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE ... 225
ULTRA-THIN II LANCETS ... 217

ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 225
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 225
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 225
ULTRAVATE 157
umeclidinium-vilanterol 42
UNASYN 265
UNDECATREX 37
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 225
UNIFINE PENTIPS 225
UNIFINE PENTIPS PLUS 225
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE .. 225
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 225
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 225
UNILET COMFORTOUCH LANCET 217
UNILET EXCELITE 217
UNILET EXCELITE II 217
UNILET G.P. LANCET 217
UNILET G.P. SUPERLITE LANCET . 217
UNILET GP 28 ULTRA THIN 217
UNILET LANCET 217
UNILET MICRO-THIN 33G 217
UNILET SUPERLITE LANCET 217
UNILET SUPER-THIN 30G 217
UNILET ULTRA-THIN 28G 217
UNISTIK 1 217
UNISTIK 2 217
UNISTIK 2 COMFORT 217
UNISTIK 2 EXTRA 217
UNISTIK 2 NEONATAL 217
UNISTIK 2 NORMAL 217
UNISTIK 2 SUPER 217
UNISTIK 3 217
UNISTIK 3 COMFORT 217
UNISTIK 3 EXTRA 217
UNISTIK 3 GENTLE 217
UNISTIK 3 NEONATAL 217
UNISTIK 3 NORMAL 218
UNISTIK CZT COMFORT 218
UNISTIK CZT NORMAL 218
UNISTIK NORMAL 218
UNISTIK PRO SAFETY LANCET 218
UNISTIK SAFETY LANCETS 28G ... 218
UNISTIK SAFETY LANCETS 30G ... 218
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 21G 218
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 23G 218
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 28G 218
UNISTIK TOUCH SAFETY LANC 30G 218
UNISTRIP1 GENERIC 166
unithroid 277
UNITUXIN 93
UPLIZNA 235
UPNEEQ 260
UPTRAVI 134
UPTRAVI TITRATION 135
UROCIT-K 10 185
UROCIT-K 15 185
UROXATRAL 185
URSO FORTE 179
URSODIOL 180
ursodiol 180
ustekinumab 152, 182
ustekinumab-aekn 152
ustekinumab-ttwe 152, 182
UVADEX 104
UZEDY 115
VABOMERE 85
VABYSMO 255
VAFSEO 196
VAGIFEM 286
valacyclovir hcl 125
VALCHLOR 151
VALCYTE 123
valganciclovir hcl 123
VALIUM 40
valproate sodium 54
valproic acid 54
valrubicin 103
VALSARTAN 82
valsartan 82
valsartan-hydrochlorothiazide 81
VALSTAR 103
VALTOCO 10 MG DOSE 48
VALTOCO 15 MG DOSE 48
VALTOCO 20 MG DOSE 48
VALTOCO 5 MG DOSE 48
VALTREX 125
Valtya 1/50 140
VANCOCIN 85
VANCOMYCIN HCL 85, 86
vancomycin hcl 86
vancomycin hcl in dextrose 85
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE 85
VANCOMYCIN HCL IN NACL 85
VANDAZOLE 285
VANFLYTA 101
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 225
VANOS 157
VANRAFIA 186
VAQTA 284
vardenafil hcl 135
varenicline tartrate 273
varenicline tartrate (starter) 273
varenicline tartrate(continue) 273
VARITHENA 236
VARIVAX 284
VARIZIG 264
VARUBI (180 MG DOSE) 71
VASCEPA 74
VASERETIC 78
vasopressin 177
vasopressin +rfid 177
vasopressin-sodium chloride 177
VASOSTRICT 177
VASOTEC 79
VAXCHORA 282
VAXELIS 278
VAXNEUVANCE 282
VAZCULEP 287
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE . 285
VECAMYL 83
VECTIBIX 97
VECTICAL 153
vecuronium bromide 251
VEGZELMA 111
VELCADE 101
VELETRI 133
velivet 144
VELPHORO 183
VELSIPITY 183
VELTASSA 235
VEMLIDY 123
VENCLEXTA 95
VENCLEXTA STARTING PACK 95
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY 161
venlafaxine besylate er 58
venlafaxine hcl 58
venlafaxine hcl er 58
VENOFER 196
VENTAVIS 133
VENTOLIN HFA 43
Venxxiva 187
VEOPOZ 190
VEOZAH 174
verapamil hcl 131
verapamil hcl er 131
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST 166
VEREGEN 149
VERELAN 131
VERIFINE INSULIN PEN NEEDLE .. 226
VERIFINE INSULIN SYRINGE 226
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 226
VERIFINE SAFE LANCET MINI 21G 218
VERIFINE SAFE LANCET MINI 23G 218
VERIFINE SAFE LANCET MINI 28G 218
VERIFINE SAFE LANCET MINI 30G 218
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 28G 218
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 30G 218
VERIFINE UNIVERSAL LANCETS 33G 218
VERKAZIA 257
VERQUVO 135
VERSACLOZ 116
VERZENIO 105
VESICARE 281
VESICARE LS 281
vestura 140
VEVYE 257
VFEND 73
VFEND IV 73
V-GO 20 218
V-GO 30 218
V-GO 40 218
VIAGRA 135

VIBATIV 86
VIBERZI 180
VICTOZA 65
VIDAZA 91
vienva 140
vigabatrin 53
vigadrone 53
Vigadrone 53
VIGAFYDE 53
VIGAMOX 255
Vigpoder 53
VIIBRYD 57
VIJOICE 235
vilazodone hcl 57
VILTEPSO 251
VIMIZIM 174
VIMKUNYA 285
VIMOVO 27
VIMPAT 53
VINATE DHA RF 245
vinblastine sulfate 108
vincristine sulfate 108
vinorelbine tartrate 108
VIOKACE 166
viorele 137
VIRACEPT 121
VIREAD 123
VISCO-3 249
VISCOAT 260
VISIONBLUE 260
VISTOGARD 69
VISUDYNE 258
vit e-vit c-beta carotene 242
VITAFOL FE+ 246
VITAFOL GUMMIES 245
VITAFOL ULTRA 246
VITAFOL-OB 245
VITAFOL-OB+DHA 246
VITAFOL-ONE 246
vitalara 245
vitalee 242
VITALIPID N INFANT 243
VITAMEDMD ONE
RX/QUATREFOLIC 246
vitamin b complex 238
vitamin b complex w/b-12 238
vitamin d (ergocalciferol) 287
vitamin k1 287
vitamin-b complex 238
VITAPEARL 245
VITATHELY WITH GINGER 245
VITLIPID N ADULT 242
VITLIPID N INFANT 243
VITRAKVI 102
VIVA DHA 245
VIVAGUARD INO TEST STRIPS 166
VIVAGUARD LANCETS 218
VIVAGUARD LANCETS 30G 218
VIVAGUARD LANCING DEVICE ... 218
VIVAGUARD SAFETY LANCETS
28G 218
VIVELLE-DOT 178
vivimusta 89
VIVITROL 69
VIVJOA 72
VIVOTIF 282
VIZIMPRO 97
VOGELXO 37
VOGELXO PUMP 37
volnea 137
VONJO 107
VONVENDI 189
VOQUEZNA 279
VOQUEZNA DUAL PAK 280
VOQUEZNA TRIPLE PAK 280
VORANIGO 106
VORAXAZE 105
voriconazole 73
VOSEVI 124
VOTRIENT 101
VOWST 183
VOXZOGO 174
VOYDEYA 191
VPRIV 193
VRAYLAR 114
VTAMA 153
VUITY 255
VUMERITY 270
VUSION 150
VYALEV 113
VYEPTI 226
vyfemla 141
VYKAT XR 168
VYLEESI 267
vylibra 141
VYLOY 93
VYNDAMAX 135
VYNDAQEL 135
VYONDYS 53 251
VYTORIN 76
VYVANSE 16
VYVGART 235
VYVGART HYTRULO 233
VYXEOS 103
VYZULTA 261
WAINUA 266
WAKIX 18
warfarin sodium 46
water for irrigation, sterile 234
WEGMANS UNIFINE PENTIPS
PLUS 226
WEGOVY 17
WELCHOL 75
WELIREG 98
WELLBUTRIN SR 55
WELLBUTRIN XL 55
wera 141
wesnatal dha complete 245
wes-phos 250 neutral 230
WESTAB PLUS 245
WESTGEL DHA 246
WEZLANA 153, 182
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 207
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 207
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 207
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 207
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 208
WILATE 189
WINLEVI 149
WINREVAIR 134
WINRHO SDF 264
wixela inhub 42
womans laxative 203
womens laxative 203
wymzya fe 141
WYNZORA 161
XACDURO 84
XACIATO 285
XADAGO 112
XALATAN 261
XALKORI 92
XANAX 40
XANAX XR 40
XARACOLL 204
Xarah Fe 144
XARELTO 46
XARELTO STARTER PACK 46
XATMEP 91
XCOPRI 53
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 53
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 53
XDEMVY 257
XELJANZ 22
XELJANZ XR 22
XELODA 91
XELPROS 261
Xelria Fe 141
XELSTRYM 16
XEMBIFY 264
XENAZINE 268
XENICAL 18
XENPOZYME 168
XEOMIN 251
XERAVA 275
XERESE 153
XERMELO 184
XGEVA 175
XHANCE 250
XIAFLEX 233
XIFAXAN 84
XIGDUO XR 66
XIIDRA 254
XIPERE 259
XOFIGO 104
XOFLUZA (40 MG DOSE) 125
XOFLUZA (80 MG DOSE) 125
XOLAIR 42, 43
XOLREMDI 194
XOPENEX HFA 43
XOSPATA 101
XPHOZAH 170
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 102
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) .. 102
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 102
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) .. 102
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 102

XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) .. 102
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 102
XROMI 194
XTAMPZA ER 35
XTANDI 90
xulane 141
XULTOPHY 65
XURIDEN 172
XYLOCAINE 204
XYLOCAINE MPF +RFID 204
XYLOCAINE/EPINEPHRINE 204
XYLOCAINE-MPF 204
XYLOCAINE-MPF +RFID 204
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE .. 204
XYNTHA 189
XYNTHA SOLOFUSE 189
XYOSTED 37
XYREM 266
XYWAV 266
Yargesa 193
YASMIN 28 141
YAZ 141
YCANTH 158
YERVOY 93
YESINTEK 153, 182
YF-VAX 285
yl balanced b-100 240
yl folic acid 195
YONDELIS 110
YONSA 89
YORVIPATH 172
YOSPRALA 192
YUFLYMA (1 PEN) 25
YUFLYMA (2 PEN) 26
YUFLYMA (2 SYRINGE) 26
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER 26
YUPELRI 44
YUSIMRY 26
YUTIQ 259
YUTREPIA 133, 134
yuvafem 286
zafemy 141
zafirlukast 44
zaleplon 200
ZALTRAP 111
ZALVIT 245
ZANAFLEX 248
ZARONTIN 54
ZARXIO 196
ZAVESCA 194
ZAVZPRET 226
ZEGALOGUE 60
ZEJULA 109
ZELAPAR 112
ZELBORAF 96
ZEMAIRA 274
ZEMBRACE SYMTOUCH 228
ZEMDRI 22
ZEMPLAR 172
zenatane 149
ZENPEP 166
zenzedi 16, 17
ZEPATIER 124
ZEPBOUND 17
ZEPOSIA 273
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK .. 273
ZEPOSIA STARTER KIT 273
ZEPZELCA 89
ZERBAXA 135
ZERVIATE 255
ZESTORETIC 78
ZESTRIL 79
ZETIA 76
ZEVALIN Y-90 103
ZEVRX INSULIN SYRINGE 226
ZEVRX PEN NEEDLES 226
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G 218
ZEVTERA 137
ZIAGEN 122
ZIANA 148
zidovudine 122
ZIEXTENZO 196
ZIIHERA 94
ZILBRYSQ 190
zileuton er 41
ZILRETTA 146
ZILXI 160
ZIMHI 69
zinc chloride 231
zinc sulfate 231
ZINPLAVA 263
ZIOPTAN 261
ZIPHEX 245
ziprasidone hcl 114
ziprasidone mesylate 114
ZIPSOR 29
ZIRABEV 111
ZIRGAN 256
ZITHROMAX 205
ZITHROMAX TRI-PAK 205
ZITHROMAX Z-PAK 205
ZITUVIMET 61
ZITUVIMET XR 61
ZITUVIO 60
ZOCOR 76
ZOKINVY 233
ZOLADEX 107
zoledronic acid 169
ZOLEDRONIC ACID 169
ZOLINZA 98
zolmitriptan 228
ZOLOFT 56
zolpidem tartrate 200
zolpidem tartrate er 200
ZOMACTON 171
ZOMIG 228
Zomig 228
ZONALON 151
ZONEGRAN 53
ZONISADE 53
zonisamide 53
ZONTIVITY 193
ZORTRESS 234
ZORYVE 159
ZOSYN 265
zovia 1/35 (28) 141
ZOVIRAX 153
ZTALMY 53
ZTLIDO 158
ZUBSOLV 36
zumandimine 141
ZUNVEYL 267
ZURZUVAE 55
ZYCLARA 158
ZYCLARA PUMP 158
ZYDELIG 109
ZYFLO 41
ZYKADIA 92
ZYLET 258
ZYMFENTRA (1 PEN) 184
ZYMFENTRA (2 PEN) 184
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 184
ZYNLONTA 92
ZYNYZ 94
ZYPITAMAG 76
ZYPREXA 119
ZYTIGA 89
ZYVOX 87

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.