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** 14
***ALLERGENIC EXTRACTS/BIOLOGICALS MISC* - BIOLOGICAL AGENTS** 19
***AMEBICIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 20
***AMINOGLYCOSIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 20
***ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 21
***ANALGESICS - NONNARCOTIC* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 29
***ANALGESICS - OPIOID* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 31
***ANDROGENS-ANABOLIC* - HORMONES** 35
***ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS* - RECTAL PREPARATIONS** 36
***ANTHELMINTICS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 37
***ANTIANGINAL AGENTS* - DRUGS FOR THE HEART** 37
***ANTIANXIETY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 38
***ANTIARRHYTHMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 39
***ANTIASTHMATIC AND BRONCHODILATOR AGENTS* - DRUGS FOR THE LUNGS** 40
***ANTICOAGULANTS* - DRUGS FOR THE BLOOD** 45
***ANTICONVULSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 47
***ANTIDEPRESSANTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 54
***ANTIDIABETICS* - HORMONES** 58
***ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 66
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING** 66
***ANTIEMETICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 68
***ANTIFUNGALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 70
***ANTIHISTAMINES* - DRUGS FOR THE LUNGS** 72
***ANTIHYPERLIPIDEMICS* - DRUGS FOR THE HEART** 73
***ANTIHYPERTENSIVES* - DRUGS FOR THE HEART** 76
***ANTI-INFECTIVE AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR INFECTIONS** 82
***ANTIMALARIALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 86
***ANTIMYASTHENIC/CHOLINERGIC AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 87
***ANTIMYCOBACTERIAL AGENTS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 87
***ANTINEOPLASTICS AND ADJUNCTIVE THERAPIES* - DRUGS FOR CANCER** 88
***ANTIPARKINSON AND RELATED THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 110
***ANTIPSYCHOTICS/ANTIMANIC AGENTS* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 113
***ANTISEPTICS & DISINFECTANTS* - ANTISEPTICS AND DISINFECTANTS** 118
***ANTIVIRALS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 118
***BETA BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 125
***CALCIUM CHANNEL BLOCKERS* - DRUGS FOR THE HEART** 127
***CARDIOTONICS* - DRUGS FOR THE HEART** 131
***CARDIOVASCULAR AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE HEART** 131
***CEPHALOSPORINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 135
***CONTRACEPTIVES* - DRUGS FOR WOMEN** 137
***CORTICOSTEROIDS* - HORMONES** 143
***COUGH/COLD/ALLERGY* - DRUGS FOR THE LUNGS** 145
***DERMATOLOGICALS* - DRUGS FOR THE SKIN** 147
DIAGNOSTIC PRODUCTS 161
***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** 201
***LOCAL ANESTHETICS-PARENTERAL* - DRUGS FOR PAIN AND FEVER** 204
***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** 232
***MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS* - DRUGS FOR THE MOUTH AND THROAT** 237
***MULTIVITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 238
***MUSCULOSKELETAL THERAPY AGENTS* - DRUGS FOR MUSCLES, LIGAMENTS, TENDONS, AND BONES** 248
***NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL* - DRUGS FOR THE NOSE** 250
***NEUROMUSCULAR AGENTS* - DRUGS FOR NERVES AND MUSCLES** 251
***NUTRIENTS* - DRUGS FOR NUTRITION** 252
***OPHTHALMIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EYE** 254
***OTIC AGENTS* - DRUGS FOR THE EAR** 262
***OXYTOCICS* - HORMONES** 263
***PASSIVE IMMUNIZING AND TREATMENT AGENTS* - BIOLOGICAL AGENTS** 263
***PENICILLINS* - DRUGS FOR INFECTIONS** 265
***PROGESTINS* - HORMONES** 266
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM** 267
***RESPIRATORY AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE LUNGS** 275
***SULFONAMIDES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 276
***TETRACYCLINES* - DRUGS FOR INFECTIONS** 276
***THYROID AGENTS* - HORMONES** 277
***TOXOIDS* - BIOLOGICAL AGENTS** 278
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH** 279
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM** 282
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS** 283
***VAGINAL AND RELATED PRODUCTS* - DRUGS FOR WOMEN** 286
***VASOPRESSORS* - DRUGS FOR THE HEART** 287
***VITAMINS* - DRUGS FOR NUTRITION** 288

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Preguntas frecuentes

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

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

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

Puede buscar en la lista de medicamentos en PDF por:

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

¿Cómo se muestran los medicamentos en la lista?
- 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, en letras *minúsculas y cursiva;*

*STEROID INHALANTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED (*fluticasone furoate*)

- 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

*LEUKOTRIENE RECEPTOR ANTAGONISTS*** - DRUGS FOR ASTHMA/COPD
montelukast sodium oral packet

- 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.

norethin ace-eth estrad-fe (Finzala Oral Tablet Chewable)

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.

¿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 Seguros de California (CDI) en lugar de, o al mismo tiempo que, presentar una queja urgente con su plan de salud. Los detalles sobre la IMR se incluyen en este documento (consulte “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 presentar 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 discapacidades auditivas y del habla)
Por fax**: 1-877-551-6183**
En línea: www.anthem.com/ca

Anthem

Enviaremos una decisión por escrito dentro de los 30 días naturales 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.

¿Puedo obtener copias de los documentos para mis archivos?
¡Por supuesto! Puede llamarnos o enviar una carta para solicitar copias gratuitas de todos los documentos, incluyendo la disposición de beneficios, guía, 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, independientemente de 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?
Usted, o cualquier persona que elija, tiene el derecho de solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) de un servicio de atención médica en disputa con el Departamento de Seguros de California (CDI) si cree que los servicios han sido denegados, modificados o retrasados incorrectamente. Un servicio de atención médica en disputa es cualquier servicio de atención médica elegible para cobertura y pago bajo su plan de salud que ha sido denegado, modificado o retrasado por su plan de salud total o parcialmente porque el servicio no es médicamente necesario. En la mayoría de los casos, debe pasar por el proceso de quejas con su plan de salud antes de solicitar una IMR con el CDI. Su solicitud de una IMR debe hacerse dentro de los seis meses posteriores a que el plan de salud mantenga su decisión dentro del proceso de quejas. Si una queja permanece sin resolver durante treinta días después de haberla presentado, el proceso de quejas con su plan de salud se considerará agotado y podrá solicitar una IMR.

Puedes solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés) inmediatamente sin pasar por el proceso de quejas de tu plan de salud si:

- El servicio de atención médica en disputa involucra un tratamiento experimental o de investigación; o
- El Departamento de Seguros de California (CDI, por sus siglas en inglés) decide que es necesario realizar una revisión previa; o
- Existe una amenaza inminente o grave para tu salud que requiere una revisión urgente de tu caso.

Le ayudaremos con el proceso de solicitud si es necesaria una revisión urgente de su caso. Puede encontrar la solicitud e instrucciones en línea en www.insurance.ca.gov (sitio web del CDI). No hay ningún costo para usted por la Revisión Médica Independiente (IMR). 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 que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener detalles sobre todo el proceso 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)
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

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

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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
adalimumab-aaty (1 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.4ml	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors 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
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
AMJEVITA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML (*adalimumab-atto*)	3	PA; LD; QL (2 autoinjector 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 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
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT 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
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
YUFLYMA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT (*adalimumab-aaty*)	3	PA; LD; QL (2 auto-injectors 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
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
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tocilizumab-aazg*)	3	PA; LD; QL (4 auto-injectors 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
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)
FENOPRON ORAL CAPSULE (*fenoprofen calcium*)	3	ST; 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
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)
naproxen oral tablet 250 mg, 375 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
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 2 mg	1 or 1b*	QL (12 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 90 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	1 or 1b*	QL (2 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 4-1 mg	1 or 1b*	QL (8 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 films per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
buprenorphine transdermal patch weekly	1 or 1b*	PA; QL (1 package per 28 days)
butorphanol tartrate injection solution	1 or 1b*	
butorphanol tartrate nasal solution	1 or 1b*	QL (2 bottles per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AVEED INTRAMUSCULAR SOLUTION (*testosterone undecanoate*)	3	PA; LD; SP
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
hydrocortisone rectal enema	1 or 1b*	
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 150 MG/ML (*omalizumab*)	3	PA; LD; QL (4 prefilled syringes per 28 days); SP
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
BRONCHODILATORS - ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION (*ipratropium bromide hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 40 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (1 inhaler per 30 days)
QVAR REDIHALER INHALATION AEROSOL BREATH ACTIVATED 80 MCG/ACT (*beclomethasone diprop hfa*)	2	QL (2 inhalers per 30 days)
THYMIC STROMAL LYMPHOPOIETIN (TSLP) ANTAGONISTS - DRUGS FOR ASTHMA/COPD**		
TEZSPIRE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR (*tezepelumab-ekko*)	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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
bivalirudin trifluoroacetate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
THROMBIN INHIBITORS - SELECTIVE DIRECT & REVERSIBLE - DRUGS TO PREVENT BLOOD CLOTS**		
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE INTRAVENOUS SOLUTION	3	
ARGATROBAN INTRAVENOUS SOLUTION	3	
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG (*eslicarbazepine acetate*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
BANZEL ORAL SUSPENSION (*rufinamide*)	3	QL (80 mL per 1 day)
BANZEL ORAL TABLET 200 MG (*rufinamide*)	3	DO
BANZEL ORAL TABLET 400 MG (*rufinamide*)	3	QL (8 tablets per 1 day)
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION (*brivaracetam*)	3	
BRIVIACT ORAL SOLUTION (*brivaracetam*)	3	QL (20 mL per 1 day)
BRIVIACT ORAL TABLET (*brivaracetam*)	3	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 300 mg	1 or 1b*	QL (5 capsules per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 400 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
carbamazepine oral suspension	1 or 1b*	QL (50 mL per 1 day)
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 SOLUTION (*levetiracetam*)	3	QL (30 mL per 1 day)
KEPPRA ORAL TABLET 1000 MG (*levetiracetam*)	3	QL (3 tablets per 1 day)
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 100 mg, 200 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 25 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
lamotrigine oral tablet dispersible 50 mg	1 or 1b*	DO
lamotrigine starter kit-blue oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 28 days)
lamotrigine starter kit-green oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
lamotrigine starter kit-orange oral kit	1 or 1b*	QL (1 kit per 35 days)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	1 or 1b*	QL (6 tablets per 1 day)
levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
LEVETIRACETAM IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION	3	
levetiracetam intravenous solution	1 or 1b*	
levetiracetam oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
levetiracetam oral tablet 1000 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
levetiracetam oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	1 or 1b*	DO
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 capsule 225 mg, 300 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
pregabalin oral capsule 75 mg	1 or 1b*	QL (3 capsules per 1 day)
pregabalin oral solution	1 or 1b*	QL (30 mL per 1 day)
primidone oral tablet 125 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 250 mg	1 or 1b*	QL (8 tablets per 1 day)
primidone oral tablet 50 mg	1 or 1b*	QL (4 tablets per 1 day)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TRILEPTAL ORAL TABLET 600 MG (*oxcarbazepine*)	3	QL (4 tablets per 1 day)
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	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE (*phenytoin*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG (*phenytoin sodium extended*)	3	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG (*phenytoin sodium extended*)	2	
DILANTIN-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)
EFFEXOR XR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 75 MG (*venlafaxine hcl*)	3	ST; 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
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)
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)

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG (*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 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)
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)

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

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
***ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS* - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
ANTIDOTE COMBINATIONS - DRUGS FOR OVERDOSE OR POISONING**		
NITHIODOTE INTRAVENOUS KIT (*sodium nitrite-sod thiosulfate*)	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
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	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***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	
TRECATOR ORAL TABLET (*ethionamide*)	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
***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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ONCASPAR INJECTION SOLUTION (*pegaspargase*)	3	PA; LD
RYLAZE INTRAMUSCULAR SOLUTION (*asparaginase erwinia chrysrywn*)	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 inbakicpmln*)	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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FEMARA ORAL TABLET (*letrozole*)	3; OC	LD; OC
letrozole oral tablet	1 or 1b*; OC; $0	LD; OC
CARBOXYPEPTIDASE ENZYME AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
VORAXAZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*glucarpidase*)	3	LD
CARDIAC PROTECTIVE AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
dexrazoxane hcl intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
dexrazoxane intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	LD; SP
CHEMOTHERAPY ADJUNCTS - HYPERURICEMIA AGENTS - DRUGS FOR CANCER**		
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED (*rasburicase*)	3	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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
TALZENNA ORAL CAPSULE (*talazoparib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (1 capsule per 1 day); SP; OC
ZEJULA ORAL TABLET (*niraparib tosylate*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); SP; OC
PROGESTINS-ANTINEOPLASTIC - DRUGS FOR CANCER**		
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml, 400 mg/10ml, 800 mg/20ml	1 or 1b*; OC	LD; OC
megestrol acetate oral tablet	1 or 1b*; OC	LD; OC
RETINOIDS - DRUGS FOR CANCER**		
tretinoin oral capsule	1 or 1b*; OC	LD; OC
SELECTIVE ESTROGEN RECEPTOR DEGRADERS - DRUGS FOR CANCER**		
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG (*elacestrant hydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (1 tablet per 1 day); OC
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG (*elacestrant hydrochloride*)	3; OC	PA; LD; QL (3 tablets per 1 day); OC
SELECTIVE RETINOID X RECEPTOR AGONISTS - DRUGS FOR CANCER**		
bexarotene oral capsule	1 or 1b*; OC	PA; LD; QL (10 capsules per 1 day); SP; OC
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
mesna oral tablet	1 or 1b*	PA; LD
MESNEX INTRAVENOUS SOLUTION (*mesna*)	3	PA; LD
MESNEX ORAL TABLET (*mesna*)	3	PA; LD
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ANTIPARKINSON ANTICHOLINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
benztropine mesylate injection solution	1 or 1a*	
benztropine mesylate oral tablet	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral solution	1 or 1a*	
trihexyphenidyl hcl oral tablet	1 or 1a*	
ANTIPARKINSON DOPAMINERGICS - DRUGS FOR PARKINSON**		
amantadine hcl oral capsule	1 or 1b*	QL (4 capsule per 1 day)
amantadine hcl oral solution	1 or 1b*	QL (40 mL per 1 day)
amantadine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
bromocriptine mesylate oral capsule	1 or 1b*	
bromocriptine mesylate oral tablet	1 or 1b*	
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 137 MG (*amantadine hcl*)	3	PA; QL (2 capsules per 1 day)
GOCOVRI ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 68.5 MG (*amantadine hcl*)	3	PA; DO
INBRIJA INHALATION CAPSULE (*levodopa*)	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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
fluphenazine hcl oral concentrate	1 or 1b*	AL; QL (8 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral elixir	1 or 1b*	AL; QL (80 mL per 1 day)
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg, 5 mg	1 or 1b*	DO; AL
fluphenazine hcl oral tablet 10 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 16 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 tablet per 1 day)
perphenazine oral tablet 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
perphenazine oral tablet 4 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
perphenazine oral tablet 8 mg	1 or 1b*	AL; QL (3 tablets per 1 day)
prochlorperazine edisylate injection solution	1 or 1b*	AL
prochlorperazine maleate oral tablet	1 or 1a*	AL
prochlorperazine rectal suppository	1 or 1b*	AL
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	1 or 1b*	DO; AL
thioridazine hcl oral tablet 100 mg	1 or 1b*	AL; QL (8 tablets per 1 day)
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	1 or 1b*	DO; AL
trifluoperazine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	1 or 1b*	AL; QL (4 tablets per 1 day)
QUINOLINONE DERIVATIVES - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
ABILIFY 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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
atenolol oral tablet	1 or 1a*	
betaxolol hcl oral tablet	1 or 1b*	
bisoprolol fumarate oral tablet	1 or 1b*	
BREVIBLOC IN NACL INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	
BREVIBLOC INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl*)	3	
BREVIBLOC PREMIXED DS INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	
BREVIBLOC PREMIXED INTRAVENOUS SOLUTION (*esmolol hcl-sodium chloride*)	3	
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 er oral capsule extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 capsules per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 120 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 180 mg	1 or 1b*	QL (3 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 240 mg	1 or 1b*	QL (2 tablets per 1 day)
diltiazem hcl er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 360 mg, 420 mg	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
diltiazem hcl intravenous solution	1 or 1b*	
DILTIAZEM HCL INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	3	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg	1 or 1b*	QL (3 tablet per 1 day)
diltiazem hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	1 or 1b*	DO
diltiazem hcl oral tablet 90 mg	1 or 1b*	QL (4 tablet per 1 day)
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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	1 or 1a*; $0	
levora 0.15/30 (28) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1.5/30 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin 1/20 (21) oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loestrin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
loryna oral tablet	1 or 1b*; $0	
low-ogestrel oral tablet	1 or 1a*; $0	
lo-zumandimine oral tablet	1 or 1b*; $0	
lutera oral tablet	1 or 1a*; $0	
marlissa oral tablet	1 or 1a*; $0	
merzee oral capsule	1 or 1b*; $0	
norethin ace-eth estrad-fe (Mibelas 24 Fe Oral Tablet Chewable)	1 or 1a*; $0	
microgestin 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1.5/30 oral tablet	1 or 1a*; $0	
microgestin fe 1/20 oral tablet	1 or 1a*; $0	
mili oral tablet	1 or 1a*; $0	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 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
OVULATION STIMULANTS-SYNTHETIC - DRUGS FOR WOMEN**		
clomiphene citrate (Clomid Oral Tablet)	1 or 1b*	PA
clomiphene citrate oral tablet	1 or 1b*	PA

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RAVICTI ORAL LIQUID (*glycerol phenylbutyrate*)	3	PA; LD; QL (17.5 mL per 1 day); SP
sod benz-sod phenylacet intravenous solution	1 or 1b*	
sodium phenylbutyrate oral powder	1 or 1b*	PA; LD; QL (25 GM per 1 day); SP
sodium phenylbutyrate oral tablet	1 or 1b*	PA; LD; QL (40 tablets per 1 day); SP
VASOPRESSIN - HORMONES**		
DDAVP INJECTION SOLUTION (*desmopressin acetate*)	3	LD
DDAVP ORAL TABLET 0.1 MG (*desmopressin acetate*)	3	LD; 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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
estradiol-norethindrone acet oral tablet	1 or 1b*	
fyavolv oral tablet	1 or 1b*	
jinteli oral tablet	1 or 1b*	
mimvey oral tablet	1 or 1b*	
norethindrone-eth estradiol oral tablet	1 or 1b*	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
RELTONE ORAL CAPSULE (*ursodiol*)	3	PA
URSO FORTE ORAL TABLET (*ursodiol*)	3	
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 EXPANDERS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
hetastarch-nacl intravenous solution	1 or 1b*	
HEXTEND INTRAVENOUS SOLUTION (*hetastarch-electrolytes*)	3	
lmd in d5w intravenous solution	1 or 1b*	
lmd in nacl intravenous solution	1 or 1b*	
PLASMA KALLIKREIN INHIBITORS - MONOCLONAL ANTIBODIES - DRUGS FOR THE BLOOD**		
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION (*lanadelumab-flyo*)	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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PLATELET AGGREGATION INHIBITORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
dipyridamole oral tablet	1 or 1b*	
PROTAMINE - DRUGS FOR THE BLOOD**		
protamine sulfate intravenous solution	1 or 1b*	
PROTEASE-ACTIVATED RECEPTOR-1 (PAR-1) ANTAGONISTS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
ZONTIVITY ORAL TABLET (*vorapaxar sulfate*)	3	PA; QL (1 tablet per 1 day)
PYRUVATE KINASE ACTIVATORS - DRUGS FOR THE BLOOD**		
PYRUKYND ORAL TABLET (*mitapivat sulfate*)	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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
erythromycin base oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin base oral tablet delayed release	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral suspension reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet	1 or 1b*	
erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted	1 or 1b*	
erythromycin oral tablet delayed release	1 or 1b*	
FIDAXOMICIN - ANTIBIOTICS**		
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*fidaxomicin*)	3	QL (1 bottle per 30 days)
DIFICID ORAL TABLET (*fidaxomicin*)	3	QL (20 tablets per 1 fill)
***MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES* - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
CERVICAL CAPS - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FEMCAP VAGINAL DEVICE (*cervical caps*)	2; $0	
CONDOMS - FEMALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
FC2 FEMALE CONDOM (*condoms - female*)	2; $0	QL (12 units per 1 fill)
CONDOMS - MALE - MEDICAL SUPPLIES AND DURABLE MEDICAL EQUIPMENT**		
aimsco lubricated	2; $0	
condoms	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN DEVICE (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
DUREX REALFEEL DEVICE (*condoms non-latex lubricated*)	2; $0	
DUREX TROPICAL (*condoms latex lubricated*)	2; $0	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
OMNIFLEX DIAPHRAGM VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragms*)	3; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 VAGINAL DIAPHRAGM (*diaphragm wide seal*)	2; $0	
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
AIMSCO TWIST LANCETS 32G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AIMSCO TWIST LANCETS 33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AQUALANCE LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE COMFORT LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET SUPER THIN 30G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AURORA LANCET THIN 23G	2	QL (204 lancets per 30 days)
AUTO-LANCET (*lancet devices*)	2	
AUTO-LANCET MINI (*lancet devices*)	2	
AUTOLET II CLINISAFE KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
AUTOLET LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
AUTOLET LITE CLINISAFE KIT (*lancets misc.*)	2	QL (200 units per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CLEANLET LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHEK LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE COMFORT EZ (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 21G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 23G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CLEVER CHOICE LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COAGUCHEK LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 28G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT ASSURED LANCETS 33G	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH LANCETS 31G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH PLUS LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
COMFORT TOUCH TWIST LANCET 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
CVS LANCETS 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	

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED DEVICE (*continuous glucose receiver*)	3	PA; QL (1 unit per 365 days)
GUARDIAN SENSOR (3) (*continuous glucose sensor*)	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
GUARDIAN SENSOR 3	3	PA; QL (5 sensors per 30 days)
HAEMOLANCE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NOVA SAFETY LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE (*lancet devices*)	2	
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING (*lancet devices*)	2	
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER (*continuous glucose transmitter*)	3	PA
PERFECT LANCETS 28G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT LANCETS 30G (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PERFECT POINT SAFETY LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
PHARMACIST CHOICE LANCETS (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
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)

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 2 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 COMFORT (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 EXTRA (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NEONATAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 2 SUPER (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 COMFORT (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 EXTRA (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 GENTLE (*lancets*)	2	QL (204 lancets per 30 days)
UNISTIK 3 NEONATAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
UNISTIK 3 NORMAL (*lancets*)	2	QL (200 units per 30 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
DROPLET INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 0.3 ML, 29G X 1/2" 0.5 ML, 29G X 1/2" 1 ML, 30G X 1/2" 0.3 ML, 30G X 1/2" 0.5 ML, 30G X 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)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION (*electrolyte-r (ph 7.4)*)	3	
PLASMA-LYTE 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	
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*	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
POTASSIUM - DRUGS FOR NUTRITION**		
klor-con 10 oral tablet extended release	1 or 1b*	
klor-con m10 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m15 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con m20 oral tablet extended release	1 or 1a*	
klor-con oral packet	1 or 1b*	
klor-con oral tablet extended release	1 or 1b*	
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*	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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	
THERA ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
thera-tabs oral tablet	1 or 1b*; $0	
THEREMS ORAL TABLET (*multiple vitamin*)	2; $0	
tm-daily vite oral tablet	2; $0	
true daily vite oral tablet	1 or 1b*; $0	
true multivitamin oral tablet	2; $0	
vit e-vit c-beta carotene oral tablet	1 or 1b*; $0	
vitalee oral tablet	1 or 1b*; $0	
VITLIPID N ADULT INTRAVENOUS EMULSION (*multiple vitamin*)	3	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PED MULTI VITAMINS W/FL & FE - DRUGS FOR NUTRITION**		
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution	1 or 1b*	
POLY-VI-FLOR/IRON ORAL TABLET CHEWABLE (*ped multivitamins-fl-iron*)	3	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	
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	

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
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 ac elect-calc in d5w*)	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
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d10w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d5w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d15w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino ac elect-calc in d20w*)	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d10w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d5w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d15w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion in d20w*)	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) INTRAVENOUS SOLUTION	3	
clinisol sf intravenous solution	1 or 1b*	
plenamine intravenous solution	1 or 1b*	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION (*amino acid infusion*)	3	
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	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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)
PEMGARDA INTRAVENOUS SOLUTION (*pemivibart*)	3	
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION (*palivizumab*)	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
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
NABI-HB INTRAMUSCULAR SOLUTION (*hepatitis b immune globulin*)	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
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*	
PENICILLIN COMBINATIONS - ANTIBIOTICS**		
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour	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
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)
PROVERA ORAL TABLET (*medroxyprogesterone acetate*)	3	QL (1 tablet per 1 day)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
***PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.* - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
AGENTS FOR OPIOID WITHDRAWAL - DRUGS FOR THE NERVOUS SYSTEM**		
lofexidine hcl oral tablet	1 or 1b*	QL (16 tablets per 1 day)
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)
donepezil hcl oral tablet 5 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
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)

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
ra mini nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine gum mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
ra nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
ra nicotine transdermal patch 24 hour	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum	1 or 1b*; $0	
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge	1 or 1b*; $0	
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

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 & OPIOID ANTAGONISTS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
LYBALVI ORAL TABLET (*olanzapine-samidorphan*)	3	ST; QL (1 tablet per 1 day)
THIENBENZODIAZEPINES & SSRIS - DRUGS FOR SEVERE MENTAL DISORDERS**		
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg	1 or 1b*	AL; QL (1 capsule per 1 day)
olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg	1 or 1b*	DO; AL
SYMBYAX ORAL CAPSULE (*olanzapine-fluoxetine hcl*)	3	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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CYSTIC FIBROSIS AGENTS - MISCELLANEOUS - DRUGS FOR CYSTIC FIBROSIS**		
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE (*mannitol (cystic fibrosis)*)	3	PA; LD; QL (560 tablets per 28 days); SP
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv vaccine*)	3; $0	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE (*tetanus-diphtheria toxoids td*)	3; $0	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	3	
VAXELIS INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*dtap-ipv-hib-hepatitis b recmb*)	3	
***ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS* - DRUGS FOR THE STOMACH**		
ANTICHOLINERGIC COMBINATIONS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
chlordiazepoxide-clidinium oral capsule	1 or 1b*	
LIBRAX ORAL CAPSULE (*chlordiazepoxide-clidinium*)	3	
ANTISPASMODICS - DRUGS FOR STOMACH CRAMPS**		
BENTYL INTRAMUSCULAR SOLUTION (*dicyclomine hcl*)	3	
dicyclomine hcl intramuscular solution	1 or 1b*	
dicyclomine hcl oral capsule	1 or 1a*	
dicyclomine hcl oral solution 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	

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
CARAFATE ORAL TABLET (*sucralfate*)	3	
sucralfate oral suspension	1 or 1b*	
sucralfate oral tablet	1 or 1b*	
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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
PROTONIX ORAL TABLET DELAYED RELEASE (*pantoprazole sodium*)	3	ST
RABEPRAZOLE SODIUM ORAL CAPSULE SPRINKLE	3	ST
rabeprazole sodium oral tablet delayed release	3	ST
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
ULCER DRUGS - PROSTAGLANDINS - DRUGS FOR ULCERS AND STOMACH ACID**		
CYTOTEC ORAL TABLET (*misoprostol*)	3	$0 for Fully insured members in California
misoprostol oral tablet	1 or 1a*	$0 for Fully insured members in California
***URINARY ANTISPASMODICS* - DRUGS FOR THE URINARY SYSTEM**		
URINARY ANTISPASMODIC - ANTIMUSCARINIC (ANTICHOLINERGIC) - DRUGS FOR THE BLADDER**		
darifenacin hydrobromide er oral tablet extended release 24 hour	1 or 1b*	QL (1 tablet per 1 day)
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*	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 - DIRECT MUSCLE RELAXANTS - DRUGS FOR THE BLADDER**		
flavoxate hcl oral tablet	1 or 1b*	
***VACCINES* - BIOLOGICAL AGENTS**		
BACTERIAL VACCINES - VACCINES**		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
BCG VACCINE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	3; $0	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b recomb omv adj*)	3; $0	
BIOTHRAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*anthrax vaccine adsorbed*)	3	
CAPVAXIVE INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 21-valent conjuga*)	3; $0	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*mening acy&w-135 tetanus conj*)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	3; $0	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*meningococcal a c y&w-135 olig*)	3; $0	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*haemophilus b polysac conj vac*)	3; $0	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*mening acyw(tet conj)-b(rcmb)*)	3; $0	
PNEUMOVAX 23 INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal vac polyvalent*)	2; $0	
PREVNAR 20 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 20-val conj vacc*)	2; $0	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*meningococcal b vac (recomb)*)	3; $0	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*typhoid vi polysaccharide vacc*)	3	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED (*cholera vac live attenuated*)	3	
VAXNEUVANCE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*pneumococcal 15-val conj vacc*)	2; $0	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE (*typhoid vaccine*)	2	

MARCA=medicamento de marca *genéricos*=medicamento de nombre genérico *****Tu plan puede incluir los niveles 1a/1b. Consulta el resumen de beneficios de farmacia para obtener más detalles **Nivel 1 or 1a***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 1 or 1b***=tienen la distribución de costos más baja **Nivel 2**=tienen una distribución de costos más alta que los del nivel 1 **Nivel 3**=tienen el costo compartido más alto **$0**=medicamentos preventivos **DO**=optimización de dosis **LD**=distribución limitada **PA**=autorización previa **QL**=límites de 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 VACCINE COMBINATIONS - VACCINES**		
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	3; $0	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles, mumps & rubella vac*)	3; $0	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*measles-mumps-rubella-varicell*)	3; $0	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis a-hep b recomb vac*)	3; $0	
VIRAL VACCINES - VACCINES**		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED (*rsv pre-fusion f a&b vac rcmb*)	3; $0	QL (1 injection per 1 lifetime)
ACAM2000 INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED (*smallpox vaccine*)	3; $0	
AFLURIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AFLURIA PRESERVATIVE FREE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED (*rsvpref3 vac recomb adjuvanted*)	3; $0	PA; AL; QL (1 injection per 1 lifetime)
AUDENZ INTRAMUSCULAR EMULSION (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
AUDENZ INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE (*influenza a (h5n1) subunit adj*)	2; $0	
COMIRNATY INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*covid-19 mrna virus vaccine*)	2; $0	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED (*dengue virus vaccine live tetr*)	3	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hepatitis b vac recombinant*)	3; $0	
ERVEBO INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*ebola zaire virus vaccine live*)	3	
FLUAD INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac a&b surf ant adj*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUBLOK INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac recombinant ha*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
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)

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
FLULAVAL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUMIST NASAL LIQUID (*influenza virus vaccine live*)	2; $0	QL (1 fill per 180 days)
FLUZONE HIGH-DOSE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza vac split high-dose*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*influenza virus vaccine split*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
FLUZONE INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*influenza virus vacc split pf*)	2; $0	QL (1 mL per 1 one-time fill)
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE (*hpv 9-valent recomb vaccine*)	2; $0	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION (*hepatitis a vaccine*)	3; $0	
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	

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

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

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

En vigencia desde el 07012025

Nombre del medicamento recetado	Nivel de medicamentos	Requisitos de cobertura y límite
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 121
abacavir sulfate-lamivudine 118
ABELCET 70
ABILIFY 117
ABILIFY ASIMTUFII 117
ABILIFY MAINTENA 117
ABILIFY MYCITE MAINTENANCE KIT 117
ABILIFY MYCITE STARTER KIT 117
abiraterone acetate 88
Abirtega 88
ABLYSINOL 134
ABRAXANE 106
ABRILADA (1 PEN) 21
ABRILADA (2 PEN) 21
ABRILADA (2 SYRINGE) 21
ABRYSVO 284
ABSORICA 148
ABSORICA LD 148
ACAM2000 284
acamprosate calcium 267
ACANYA 147
acarbose 58
ACCOLATE 43
ACCRUFER 196
ACCU-CHEK AVIVA PLUS 161
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCET 208
ACCU-CHEK FASTCLIX LANCETS 208
ACCU-CHEK GUIDE TEST 161
ACCU-CHEK SAFE-T PRO LANCETS 208
ACCU-CHEK SMARTVIEW 161
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCET DEV 208
ACCU-CHEK SOFTCLIX LANCETS 208
ACCUPRIL 77
ACCURETIC 76
accutane 148
ACCUTREND GLUCOSE 161
acebutolol hcl 125
ACETADOTE 67
acetaminophen 29
acetaminophen-codeine 31
acetazolamide 166
acetazolamide er 166
acetazolamide sodium 166
acetic acid 186, 262
acetylcysteine 67, 146
ACIPHEX 280
acitretin 150
ACTEMRA 25
ACTEMRA ACTPEN 25
ACTHAR 169
ACTHAR GEL 169
ACTHIB 283
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 103
ACTIVASE 193
ACTIVELLA 177
ACTONEL 168
ACTOPLUS MET 66
ACTOS 66
ACULAR 258
ACULAR LS 258
ACUVAIL 258
acyclovir 124, 153
acyclovir sodium 124
ACZONE 147
ADACEL 278
ADAKVEO 197
adalimumab-aacf (2 pen) 21
adalimumab-aacf (2 syringe) 21
adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt) 21
adalimumab-aacf(ps/uv starter) 21
adalimumab-aaty (1 pen) 21, 22
adalimumab-aaty (2 pen) 22
adalimumab-aaty (2 syringe) 22
adalimumab-aaty cd/uc/hs start 22
adalimumab-adaz 22
adalimumab-adbm (2 pen) 22
adalimumab-adbm (2 syringe) 22
adalimumab-adbm(cd/uc/hs strt) 22
adalimumab-adbm(ps/uv starter) 22
adalimumab-fkjp (2 pen) 22
adalimumab-fkjp (2 syringe) 22
adalimumab-ryvk (2 pen) 22
adalimumab-ryvk (2 syringe) 22
adapalene 148
ADAPALENE 148
adapalene-benzoyl peroxide 147
ADASUVE 116
ADBRY 153
ADCETRIS 92
ADCIRCA 133
ADDERALL 14
ADDERALL XR 14
ADDYI 272
adefovir dipivoxil 123
ADEMPAS 133
adenosine 39
ADIPEX-P 16
adjustable lancing device 208
ADLARITY 267
ADMELOG 60
ADMELOG SOLOSTAR 60
ADRENALIN 287, 288
ADRENALIN-NACL 288
adriamycin 101
ADTHYZA 277
ADVAIR DISKUS 40
ADVAIR HFA 40
ADVANCE INTUITION TEST 161
ADVANCE MICRO-DRAW TEST 161
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 161
ADVOCATE REDI-CODE+ TEST 161
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 161
ADYNOVATE 188
ADZENYS XR-ODT 15
adzynma 187
AFINITOR 99
AFINITOR DISPERZ 99
afirmelle 137
AFLURIA 284
AFLURIA PRESERVATIVE FREE 284
AFREZZA 60
AFSTYLA 188
aftera 141
afterpill 141
AGAMATRIX AMP TEST 161
AGAMATRIX JAZZ TEST 161
AGAMATRIX PRESTO TEST 161
AGAMATRIX ULTRA-THIN LANCETS 208
AGAMREE 143
AGGRASTAT 191
AGRYLIN 193
AIMOVIG 226
aimsco lubricated 206
AIMSCO TWIST LANCETS 32G 209
AIMSCO TWIST LANCETS 33G 209
AIRDUO RESPICLICK 113/14 40
AIRDUO RESPICLICK 232/14 40
AIRDUO RESPICLICK 55/14 41
AIRSUPRA 41
AJOVY 226, 227
AKEEGA 97
ak-fluor 257
AKLIEF 148
AKOVAZ 288
AKTEN 258
AKYNZEO 69

AKYNZEO (READY-TO-USE) 69
AKYNZEO (TO-BE-DILUTED) 69
ALA SCALP 153
ala-cort 153
albendazole 37
ALBUKED 25 192
ALBUKED 5 192
ALBUMIN HUMAN 192
ALBUMINEX 192
ALBUMIN-ZLB 192
ALBURX 192
ALBUTEIN 192
albuterol sulfate 42
ALBUTEROL SULFATE 42
albuterol sulfate hfa 42
ALCAINE 258
alclometasone dipropionate 153
ALDACTONE 167
ALDURAZYME 173
ALECENSA 90
alendronate sodium 168
alfuzosin hcl er 185
ALHEMO 188
ALIMTA 89
aliskiren fumarate 82
ALKINDI SPRINKLE 143
allbee/c 239
allopurinol 187
allopurinol sodium 187
ALLZITAL 29
almotriptan malate 227
ALOCRIL 256
alogliptin benzoate 59
alogliptin-metformin hcl 59
alogliptin-pioglitazone 60
alophen 203
ALOPRIM 187
ALORA 178
alosetron hcl 180
ALPHAGAN P 259
ALPHANATE 188
ALPHANINE SD 188
alprazolam 38
alprazolam er 38
ALPRAZOLAM INTENSOL 38
alprazolam xr 38
ALPROLIX 188
alprostadil 132
ALREX 259
ALTACE 77
altafluor benox 257
altavera 137
ALTOPREV 74
ALTRENO 148
ALTUVIIIO 188
ALUNBRIG 91
ALVAIZ 197
ALVESCO 44
alvimopan 183
alyacen 1/35 137
alyacen 7/7/7 143
ALYFTREK 275
ALYGLO 264
ALYMSYS 110
alyq 133
amantadine hcl 111
AMBIEN 200
AMBIEN CR 200
AMBISOME 70
ambrisentan 133
amcinonide 153
AMCINONIDE 154
AMELUZ 159
amethyst 140
AMIDATE 184
amikacin sulfate 20
amiloride hcl 167
amiloride-hydrochlorothiazide 166
aminocaproic acid 198
aminophylline 45
AMINOSYN II 252
aminosyn ii 252
AMINOSYN-PF 252
AMINOSYN-PF 7% 252
amiodarone hcl 40
AMITIZA 180
amitriptyline hcl 57
AMJEVITA 22, 23
AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG 23
AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG 23
amlodipine besy-benazepril hcl 76
amlodipine besylate 127
amlodipine besylate-valsartan 78
amlodipine-atorvastatin 131
amlodipine-olmesartan 78
amlodipine-valsartan-hctz 81
amnesteem 148
Amnesteem 148
AMNIOTEXT 160
AMONDYS 45 252
amoxapine 57
amoxicill-clarithro-lansopraz 281
amoxicillin 265
amoxicillin-pot clavulanate 266
amoxicillin-pot clavulanate er 265
AMPHADASE 233
AMPHENOL-40 160
amphetamine sulfate 15
amphetamine-dextroamphet er 14
amphetamine-dextroamphetamine 14
amphet-dextroamphet 3-bead er 14
amphotericin b 70
amphotericin b liposome 70
ampicillin 265
ampicillin sodium 265
ampicillin-sulbactam sodium 266
AMPYRA 271
AMRIX 248
AMVISC 260
AMVISC PLUS 261
AMVUTTRA 272
AMZEEQ 147
ANAFRANIL 57
anagrelide hcl 193
ANALPRAM-HC 37
ANAPROX DS 26
ANASCORP 263
anastrozole 103
ANAVIP 263
ANCOBON 70
ANDEXXA 67
ANDROGEL PUMP 35
ANECTINE 251
ANESTHESIA S/I-40A 184
ANESTHESIA S/I-40H 184
ANESTHESIA S/I-40S 184
ANGELIQ 177
ANGIOMAX 46
ANKTIVA 103
ANNOVERA 140
ANORO ELLIPTA 41
anti-oxidant 241
ANTIVENIN LATRODECTUS MACTANS 263
ANTIVENIN MICRURUS FULVIUS 263
ANUSOL-HC 37
ANZEMET 68
APADAZ 34
apap-caff-dihydrocodeine 31
APHEXDA 194
APIDRA 60
APIDRA SOLOSTAR 60
APLENZIN 54
APOKYN 112
apomorphine hcl 112
APONVIE 69
apraclonidine hcl 259
aprepitant 69, 70
APRETUDE 120
apri 137
APRISO 181
APTENSIO XR 17
APTIOM 47, 48
APTIVUS 120
aq insulin syringe 219
aqinject pen needle 219
AQNEURSA 272
AQUALANCE LANCETS 30G 209
AQUASOL A 288
aquastat 231
Aquastat Sfr 231
ARAKODA 86
ARALAST NP 275
aranelle 143
ARANESP (ALBUMIN FREE) 194
ARAVA 28
ARAZLO 148
ARCALYST 25
AREXVY 284
arformoterol tartrate 42
ARGATROBAN 47
ARGATROBAN IN SODIUM CHLORIDE 47
argyle sterile saline 186
argyle sterile water 234
ARICEPT 267
ARIKAYCE 20
ARIMIDEX 103

aripiprazole ... 117
ARISTADA ... 118
ARISTADA INITIO ... 117
ARIXTRA ... 46
armodafinil ... 17
ARMOUR THYROID ... 277
ARNUITY ELLIPTA ... 44
AROMASIN ... 103
ARRANON ... 89
arsenic trioxide ... 103
ARTESUNATE ... 86
ARTHROTEC ... 26
articadent dental ... 204
ARTISS ... 197
ARZERRA ... 91
ASCENIV ... 264
ASCLERA ... 236
ascomp-codeine ... 31
ASCOR ... 288
asenapine maleate ... 115
ashlyna ... 141
ASMANEX (120 METERED DOSES) ... 44
ASMANEX (14 METERED DOSES) ... 44
ASMANEX (30 METERED DOSES) ... 44
ASMANEX (60 METERED DOSES) ... 44
ASMANEX HFA ... 44
ASPARLAS ... 102
aspirin ... 29
aspirin 81 ... 29
aspirin adult low dose ... 29
aspirin adult low strength ... 29
aspirin childrens ... 29
aspirin ec adult low dose ... 29
aspirin ec low dose ... 29
aspirin ec low strength ... 29
aspirin low dose ... 29
aspirin regimen ... 30
aspirin-dipyridamole er ... 192
ASPRUZYO SPRINKLE ... 37
ASSURE 3 TEST ... 161
ASSURE 4 TEST ... 161
ASSURE COMFORT LANCETS 28G ... 209
ASSURE ID DUO PRO PEN NEEDLES ... 219
ASSURE ID PRO PEN NEEDLES ... 219
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES ... 219
ASSURE II ... 161
ASSURE II CHECK ... 161
ASSURE LANCE LANCETS ... 209
ASSURE LANCE LANCETS 21G ... 209
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 25G ... 209
ASSURE LANCE PLUS SAFETY 30G ... 209
ASSURE LANCE SAFETY LANCET 28G ... 209
ASSURE PLATINUM ... 161
ASSURE PRISM MULTI TEST ... 162
ASSURE PRO TEST ... 162
ASTAGRAF XL ... 235
ATABEX EC ... 244
ATABEX OB ... 244
ATACAND ... 80
ATACAND HCT ... 79
atazanavir sulfate ... 120
ATELVIA ... 168
atenolol ... 126
atenolol-chlorthalidone ... 82
ATGAM ... 234
ATIVAN ... 38
atomoxetine hcl ... 14
ATORVALIQ ... 74
atorvastatin calcium ... 74
atovaquone ... 83
atovaquone-proguanil hcl ... 86
atracurium besylate ... 252
ATRALIN ... 148
ATROPINE SULFATE ... 255, 279
ATROVENT HFA ... 43
ATTRUBY ... 134
AUBAGIO ... 269
aubra eq ... 137
AUDENZ ... 284
AUGMENTIN ... 266
AUGMENTIN ES-600 ... 266
AUGTYRO ... 100, 101
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 ... 132
AURORA LANCET SUPER THIN 30G ... 209
AURORA LANCET THIN 23G ... 209
AURORA PEN NEEDLES ... 219
aurovela 1.5/30 ... 137
aurovela 1/20 ... 137
aurovela 24 fe ... 137
aurovela fe 1.5/30 ... 137
aurovela fe 1/20 ... 137
AURYXIA ... 183
AUSTEDO ... 268
AUSTEDO XR ... 268
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ... 268
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 ... 54
AUVI-Q ... 287
AVALIDE ... 79
avanafil ... 134
AVAPRO ... 80
AVASTIN ... 110
AVEED ... 36
aviane ... 137
AVITENE ... 198
AVITENE FLOUR ... 198
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 102
AVODART ... 185
AVONEX PEN ... 269
AVONEX PREFILLED ... 269
AVSOLA ... 184
AVYCAZ ... 135
AXTLE ... 89
ayuna ... 137
AYVAKIT ... 100
azacitidine ... 89
AZACTAM ... 85
azasan ... 236
AZASITE ... 256
azathioprine ... 236
AZATHIOPRINE SODIUM ... 236
azelaic acid ... 159
azelastine hcl ... 251, 256
azelastine-fluticasone ... 250
AZELEX ... 148
AZESCO ... 244
AZILECT ... 111
azithromycin ... 205
AZMIRO ... 36
AZOPT ... 257
AZOR ... 79
AZSTARYS ... 17
aztreonam ... 85
AZULFIDINE ... 181
AZULFIDINE EN-TABS ... 181
azurette ... 137
b complex (lipotropics) ... 247
b complex 100 tr ... 240
b complex formula 1 (lipotrop) ... 247
b complex formula 1 (w/ fa) ... 239
b complex-b12 ... 238
b complex-c ... 239
B COMPLEX-C-BIOTIN-E-FA ... 239
b complex-c-folic acid ... 239
b-100 b-complex ... 240
b-100 complex cr ... 240
b-100 tr ... 240
b-50 complex ... 240
BABYBIG ... 264
bac (butalbital-acetamin-caff) ... 29
bacitracin ... 256
bacitracin-polymyxin b ... 256
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ... 259
baclofen ... 248
BACTRIM ... 83
BACTRIM DS ... 83
BAFIERTAM ... 270
balance b-100 ... 247
balance b-50 ... 240
balanced b complex ... 240
balanced b-100 ... 240
balanced b-50 complex ... 247
balanced b-50/fa ... 240

BALCOLTRA 137
BALFAXAR 188
balsalazide disodium 181
BALVERSA 96
balziva 137
BANZEL 48
BAQSIMI ONE PACK 59
BAQSIMI TWO PACK 59
BARACLUDE 123
BARHEMSYS 69
BASAGLAR KWIKPEN 60
BASAGLAR TEMPO PEN 60
BAVENCIO 93
BAXDELA 179
bayer aspirin ec low dose 30
bayer low dose 30
BCG VACCINE 283
b-compleet-100 240
b-compleet-50 240
b-complex 240
b-complex (folic acid) 240
b-complex balanced 239
b-complex plus b-12 238
b-complex/b-12 238
b-complex/electrolytes 240
b-complex/vitamin c 239
b-complex-c 239
b-complex-c (w/folic acid) 239
BD AUTOSHIELD DUO 219
bd heparin posiflush 46
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 220
BD PEN NEEDLE MINI U/F 220
BD PEN NEEDLE MINI ULTRAFINE 220
BD PEN NEEDLE NANO 2ND GEN 220
BD PEN NEEDLE NANO ULTRAFINE 220
BD PEN NEEDLE ORIG ULTRAFINE 220
BD PEN NEEDLE SHORT ULTRAFINE 220
bd posiflush 231
Bd Posiflush Safescrub 231
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 220
BD VEO INSULIN SYR U/F 1/2UNIT 220
BD VEO INSULIN SYR ULTRAFINE 220
BD VEO INSULIN SYRINGE U/F 220
BELBUCA 34
BELEODAQ 97
BELRAPZO 88
BELSOMRA 200
benazepril hcl 77
benazepril-hydrochlorothiazide 76
bendamustine hcl 88
BENDEKA 88
BENEFIX 188
BENICAR 80
BENICAR HCT 79
BENLYSTA 232
BENTYL 279
BENZALKONIUM CHLORIDE 118
BENZAMYCIN 147
BENZHYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 34
BENZNIDAZOLE 37
benzonatate 145
benzoyl peroxide-erythromycin 147
benzphetamine hcl 16
benztropine mesylate 111
BEOVU 262
bepotastine besilate 256
BEPREVE 256
BERINERT 190
BESIVANCE 256
BESPONSA 92
BESREMI 103
BETADINE OPHTHALMIC PREP 257
betaine 172
betamethasone dipropionate 154
betamethasone dipropionate aug 154
betamethasone valerate 154
BETAPACE 126
BETAPACE AF 126
BETASERON 269
betaxolol hcl 126, 254
bethanechol chloride 282
BETHKIS 20
BETIMOL 254
BETOPTIC-S 254
better b complex 239
BEVESPI AEROSPHERE 41
bexagliflozin 64
bexarotene 109, 160
BEXSERO 283
BEYAZ 137
BEYFORTUS 263
bicalutamide 89
BICILLIN C-R 266
BICILLIN C-R 900/300 266
BICILLIN L-A 265
BIDIL 132
big 100 240
big 100 (biotin) 240
BIJUVA 177
BIKTARVY 118
BILTRICIDE 37
bimatoprost 159, 261
BIMZELX 150, 151
BINOSTO 168
BIORPHEN 288
BIOTEL CARE TEST STRIPS 162
BIOTHRAX 283
bis subcit-metronid-tetracyc 281
bisacodyl ec 203
bismuth/metronidaz/tetracyclin 281
bisoprolol fumarate 126
bisoprolol-hydrochlorothiazide 82
bivalirudin trifluoroacetate 46, 47
BIVIGAM 264
BIZENGRI (750 MG DOSE) 100
BKEMV 190
bleomycin sulfate 101
BLINCYTO 95
blisovi 24 fe 137
blisovi fe 1.5/30 137
blisovi fe 1/20 137
BLOOD GLUCOSE TEST 162
blood glucose test strips 333 162
BLOXIVERZ 87
BLULINK GLUCOSE TEST 162
BONJESTA 69
BOOSTRIX 278
bortezomib 100
BORUZU 100
bosentan 133
BOSULIF 94
BOTOX 252
BOTOX COSMETIC 156
b-plex 239
BRAFTOVI 95
BRENZAVVY 64
BREO ELLIPTA 41
BREVIBLOC 126
BREVIBLOC IN NACL 126
BREVIBLOC PREMIXED 126
BREVIBLOC PREMIXED DS 126
BREVITAL SODIUM 185
BREXAFEMME 70
Breyna 41
BREZTRI AEROSPHERE 41
BRIDION 67
briellyn 137
BRILINTA 191
brimonidine tartrate 159, 259
brimonidine tartrate-timolol 254
brinzolamide 257
BRIUMVI 270
BRIVIACT 48
BRIXADI 34
BRIXADI (WEEKLY) 34
bromfenac sodium 258
bromfenac sodium (once-daily) 258
bromocriptine mesylate 111
bromphen-pseudoeph-dm 146
BROMSITE 258
BRONCHITOL 276
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 276
BROVANA 42
BRUKINSA 95

BRYHALI 154
BSS 258
BSS PLUS 258
BUCAPSOL 38
budesonide 36, 44, 143
budesonide er 143
budesonide-formoterol fumarate 41
bumetanide 167
BUMEX 167
BUPHENYL 176
BUPIVACAINE FISIOPHARMA 204
bupivacaine hcl (pf) 204
bupivacaine-epinephrine 204
bupivacaine-epinephrine (pf) 204
buprenorphine 35
buprenorphine hcl 34, 35
buprenorphine hcl-naloxone hcl 35
bupropion hcl 54
bupropion hcl er (smoking det) 272
bupropion hcl er (sr) 54
bupropion hcl er (xl) 54
buspirone hcl 38
busulfan 88
BUSULFEX 88
butalbital-acetaminophen 29
butalbital-apap-caff-cod 31
butalbital-apap-caffeine 29
butalbital-asa-caff-codeine 31
butalbital-aspirin-caffeine 29
butorphanol tartrate 35
BUTRANS 35
BYFAVO 199
BYLVAY 181
BYLVAY (PELLETS) 181
BYOOVIZ 262
BYSTOLIC 126
CABENUVA 119
cabergoline 170
CABLIVI 190
CABOMETYX 99
CABTREO 147
CADUET 131
caffeine citrate 16
calcipotriene 152
calcipotriene-betameth diprop 161
calcitonin (salmon) 169
calcitrene 152
calcitriol 152, 172
calcium acetate 183
calcium acetate (phos binder) 183
CALCIUM GLUCONATE 229
CALCIUM GLUCONATE-NACL 229
CALDOLOR 26
CALQUENCE 95
CAMBIA 227
CAMCEVI 106
camila 142
CAMPTOSAR 109
camrese 141
camrese lo 141
CAMZYOS 131
CANASA 181
CANCIDAS 70
candesartan cilexetil 80
candesartan cilexetil-hctz 79
capecitabine 89
CAPLYTA 113
CAPRELSA 99
captopril 77
captopril-hydrochlorothiazide 76
CAPVAXIVE 283
CARAFATE 279, 280
CARBAGLU 172
carbamazepine 48
carbamazepine er 48
CARBATROL 48
carbidopa 111
carbidopa-levodopa 112
carbidopa-levodopa er 112
carbidopa-levodopa-entacapone 112
carbinoxamine maleate 72
carbinoxamine maleate er 72
carboplatin 88
carboprost tromethamine 263
CARDENE IV 127
CARDIOCOM LANCING DEVICE 209
CARDIZEM 128
CARDIZEM CD 128
CARDIZEM LA 128
CARDURA 81
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 248
carmustine 108
CARNITOR 169
CARNITOR SF 169
CAROSPIR 167
carteolol hcl 254
cartia xt 128
carvedilol 125
carvedilol phosphate er 125
CASODEX 89
CASPOFUNGIN ACETATE 70
CATAPRES-TTS-1 81
CATAPRES-TTS-2 81
CATAPRES-TTS-3 81
CATHFLO ACTIVASE 193
CAVERJECT 132
CAVERJECT IMPULSE 132
CAYA 207
CAYSTON 85
cefaclor 135
CEFACLOR ER 135
cefadroxil 135
cefazolin sodium 135
CEFAZOLIN SODIUM 135
CEFAZOLIN SODIUM-DEXTROSE 135
cefazolin sodium-dextrose 135
cefdinir 136
cefepime hcl 136
CEFEPIME HCL 136
CEFEPIME-DEXTROSE 136
cefixime 136
CEFOTAN 135
cefotaxime sodium 136
cefotetan disodium 135
cefoxitin sodium 135
CEFOXITIN SODIUM-DEXTROSE 135
cefpodoxime proxetil 136
cefprozil 135, 136
ceftazidime 136
ceftriaxone sodium 136
CEFTRIAXONE SODIUM 136
ceftriaxone sodium in dextrose 136
CEFTRIAXONE SODIUM-DEXTROSE 136
cefuroxime axetil 136
cefuroxime sodium 136
CELEBREX 25
celecoxib 25
CELESTONE SOLUSPAN 145
CELEXA 55
CELLCEPT 234
CELLCEPT INTRAVENOUS 234
CELLUGEL 261
CELONTIN 53
cephalexin 135
CEPROTIN 191
CEQUA 257
CEQUR SIMPLICITY 2U 220
CERDELGA 193
CEREBYX 52
CEREZYME 193
CERVIDIL 263
cetirizine hcl 72
CETRAXAL 262
cetrorelix acetate 170
CETROTIDE 170
cevimeline hcl 238

charlotte 24 fe 137
chateal eq 137
CHEMET 67
CHENODAL 179
childrens aspirin 30
chloramphenicol sod succinate 84
chlordiazepoxide hcl 38
chlordiazepoxide-amitriptyline 267
chlordiazepoxide-clidinium 279
chlorhexidine gluconate 237
chloroprocaine hcl (pf) 205
chloroquine phosphate 86
chlorothiazide sodium 167
chlorpromazine hcl 116
CHLORPROMAZINE HCL 116
chlorthalidone 167
chlorzoxazone 248
CHOLBAM 179
cholestyramine 73
cholestyramine light 73
CHORIONIC GONADOTROPIN ... 174
CHOSEN LANCETS 30G 209
CHOSEN LANCING DEVICE 209
CHOSEN SAFETY LANCETS 28G 209
chromic chloride 231
CIALIS 134
CIBINQO 153
ciclodan 149
ciclopirox 149
ciclopirox olamine 149
cidofovir 122
cilostazol 191
CILOXAN 256
CIMDUO 119
CIMERLI 262
cimetidine 279
cimetidine hcl 279
CIMZIA 184
CIMZIA (2 SYRINGE) 184
CIMZIA-STARTER 184
cinacalcet hcl 169
CINQAIR 43
CINRYZE 190
CINVANTI 70
CIPRO 179
CIPRO HC 262
ciprofloxacin hcl 179, 256, 262
ciprofloxacin in d5w 179
ciprofloxacin-dexamethasone 262
ciprofloxacin-fluocinolone pf 262
cisatracurium besylate 252
cisatracurium besylate (pf) 252
cisplatin 88
CISPLATIN 88
CITALOPRAM HYDROBROMIDE . 55
citalopram hydrobromide 55
CITRANATAL 90 DHA 246
CITRANATAL ASSURE 246
CITRANATAL HARMONY 246
CITRANATAL MEDLEY 246
citrate of magnesia 202
citroma 202
cladribine 89
claravis 148
CLARINEX 72
CLARINEX-D 12 HOUR 146
clarithromycin 205
clarithromycin er 205
CLASSIC PRENATAL 244
CLEANLET LANCETS 28G 210
clearlax 201
CLEMASTINE FUMARATE 72
clemastine fumarate 72
CLENPIQ 201
CLEOCIN 85, 286
CLEOCIN PHOSPHATE 85
CLEOCIN-T 147
CLEVER CHEK AUTO-CODE TEST 162
CLEVER CHEK AUTO-CODE VOICE 162
CLEVER CHEK LANCETS 210
CLEVER CHEK TEST 162
CLEVER CHOICE AUTO-CODE TEST 162
CLEVER CHOICE COMFORT EZ 210, 220
CLEVER CHOICE LANCETS 21G 210
CLEVER CHOICE LANCETS 23G 210
CLEVER CHOICE LANCETS 28G 210
CLEVER CHOICE MICRO TEST .. 162
CLEVER CHOICE NO CODING 162
CLEVER CHOICE TALK SYSTEM 162
CLEVIPREX 128
CLIMARA 178
CLIMARA PRO 177
Clindacin 147
clindacin etz 147
clindacin-p 147
CLINDAGEL 147
clindamycin hcl 85
clindamycin palmitate hcl 85
clindamycin phos (once-daily) 147
clindamycin phos (twice-daily) 147
clindamycin phos-benzoyl perox 147
clindamycin phosphate 85, 147, 286
clindamycin phosphate in d5w 85
CLINDAMYCIN PHOSPHATE IN NACL 85
clindamycin-tretinoin 147
CLINDESSE 286
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) .. 252
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) 253
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) .. 253
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) 253
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) 253
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) 253
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) 253
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ... 253
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) 253
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) 253
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) 253
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) 253
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) 253
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) 253
clinisol sf 253
CLINOLIPID 253
clinpro 5000 237
clobazam 47
clobetasol propionate 154, 259
clobetasol propionate e 154
clobetasol propionate emulsion 154
CLOBEX 154
CLOBEX SPRAY 154
clocortolone pivalate 154
clodan 154
CLODERM 154
clofarabine 89
Clomid 174
clomiphene citrate 174
clomipramine hcl 57
clonazepam 47
clonidine 81
clonidine er 81
clonidine hcl 81
clonidine hcl er 14
clopidogrel bisulfate 193
clorazepate dipotassium 39
clotrimazole 157, 237
clotrimazole-betamethasone 149
clozapine 115
CLOZARIL 115
C-NATE DHA 244
CNJ-016 264
COAGADEX 188
COAGUCHEK LANCETS 210
coal tar 160
COARTEM 86
cobalefol 239
COBENFY 116
COBENFY STARTER PACK 116
COCAINE HCL 250
CODEINE SULFATE 31
codeine sulfate 31
CODITUSSIN AC 146
CODITUSSIN DAC 146
COLAZAL 181
colchicine 187
colchicine-probenecid 187
colesevelam hcl 73
COLESTID 73
colestipol hcl 73
colistimethate sodium (cba) 86
COLUMVI 95
COLY-MYCIN M 86
COMBIGAN 254
COMBIPATCH 177
COMBIVENT RESPIMAT 41
COMBOGESIC 26
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 99
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 99
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 99
COMFORT ASSURED LANCETS 28G 210

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 284
COMPLERA 119
COMPLETE NATAL DHA 246
COMPLETENATE 244
complex b-100 240
COMPLEX B-100-INOSITOL 248
complex b-50 prolonged release 240
compro 116
CO-NATAL FA 244
CONCEPT DHA 244
CONCEPT OB 244
CONCERTA 17
condoms 206
CONDYLOX 157
CONJUPRI 128
constulose 201
CONTOUR NEXT TEST 162
CONTOUR PLUS TEST 162
CONTOUR TEST 162
CONTRAVE 16
CONZIP 31
COOL BLOOD GLUCOSE TEST STRIPS 162
COPASIL 160
COPAXONE 271
COPIKTRA 108
CORDRAN 154
COREG 125
COREG CR 125
CORIFACT 188
CORLANOR 134
CORTEF 143
CORTENEMA 36
CORTIFOAM 36
cortisone acetate 143
CORTISPORIN-TC 262
CORTROPHIN 170
CORTROPHIN GEL 170
CORVERT 40
COSELA 107
COSENTYX 151
COSENTYX (300 MG DOSE) 151
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 151
COSENTYX SENSOREADY PEN 151
COSENTYX UNOREADY 151
COSOPT 254
COSOPT PF 254
COTELLIC 98
COTEMPLA XR-ODT 17
COXANTO 26
COZAAR 80
CRENESSITY 170
CREON 166
CRESEMBA 71
CRESTOR 74
CREXONT 112
CRINONE 287
CROFAB 263
cromolyn sodium 42, 180, 256
crotan 159
cryselle-28 137
CRYSVITA 177
CTEXLI 179
cupric chloride 232
CUPRIMINE 232
curity sterile saline 186
CUTAQUIG 264
CUVITRU 264
CUVPOSA 281
CUVRIOR 232
CVS ADVANCED GLUCOSE TEST 162
cvs aspirin adult low dose 30
cvs aspirin adult low strength 30
cvs aspirin ec 30
cvs aspirin low dose 30
cvs aspirin low strength 30
cvs b complex plus c 239
cvs balanced b50 248
cvs c-lax laxative 203
cvs folic acid 195
cvs gentle laxative 203
cvs gentle laxative womens 203
CVS GLUCOSE METER TEST STRIPS 162
cvs inner ear plus 248
CVS LANCETS ORIGINAL 210
CVS LANCETS THIN 26G 210
cvs lancing device 210
cvs magnesium citrate 202
cvs milk of magnesia 202
cvs nicotine 272
cvs nicotine polacrilex 272
CVS PRENATAL 244
cvs purelax 201
cvs super b complex/c 239
cvs true metrix glucose test 162
CVS ULTRA THIN LANCETS 210
cyanocobalamin 194
CYANOKIT 67
cyclobenzaprine hcl 248
cyclobenzaprine hcl er 248
CYCLOGYL 255
CYCLOMYDRIL 255
cyclopentolate hcl 255
cyclophosphamide 107
CYCLOPHOSPHAMIDE 107
cycloserine 87
CYCLOSET 60
cyclosporine 233, 257
cyclosporine modified 233
CYGNUS DUAL 160
CYKLOKAPRON 198
CYLTEZO (2 PEN) 23
CYLTEZO (2 SYRINGE) 23
CYLTEZO-CD/UC/HS STARTER 23
CYLTEZO-PSORIASIS/UV STARTER 23
CYMBALTA 56
cyproheptadine hcl 73
CYRAMZA 110
cyred eq 137
CYSTADANE 172
CYSTADROPS 261
CYSTAGON 186
CYSTARAN 261
cytarabine 89
cytarabine (pf) 89
CYTOGAM 264
CYTOMEL 278
CYTOTEC 282
dabigatran etexilate mesylate 47
dacarbazine 103
dactinomycin 101
daily multiple vitamins 241
daily value multivitamin 241
daily vitamins 241
daily vite 241
daily vite multivitamin/iron 241
daily vites 241
daily-vite 241
daily-vite multivitamin 241
dalfampridine er 271
DALIRESP 44
DALVANCE 84
danazol 36
DANTRIUM 249
dantrolene sodium 249
DANYELZA 92
DANZITEN 94
dapagliflozin pro-metformin er 65
dapagliflozin propanediol 64
dapsone 85, 147
DAPTACEL 278
DAPTOMYCIN 84
daptomycin-sodium chloride 84
DARAPRIM 86
darifenacin hydrobromide er 282
darunavir 120
DARZALEX 92
DARZALEX FASPRO 102
dasatinib 94
dasetta 1/35 (28) 137
dasetta 7/7/7 143
DATROWAY 109
DAUNORUBICIN HCL 101
DAURISMO 97

DAVIMET-FLUORIDE 243
DAXXIFY 156
DAYBUE 252
DAYPRO 26
daysee 141
DAYTRANA 17
DAYVIGO 200
D-CARE BLOOD GLUCOSE 162
DDAVP 177
DDAVP PF 177
deblitane 142
decitabine 89
deferasirox 67
deferasirox granules 67
deferiprone 67
deferoxamine mesylate 67
DEFITELIO 193
deflazacort 143
DELESTROGEN 178
DELSTRIGO 119
delyla 137
DELZICOL 181
demeclocycline hcl 277
DEMEROL 31
DEMSER 78
DENAVIR 153
DENGVAXIA 284
denta 5000 plus 237
denta 5000 plus sensitive 237
dentagel 237
DEPAKOTE 53
DEPAKOTE ER 53
DEPAKOTE SPRINKLES 53
DEPEN TITRATABS 232
DEPO-ESTRADIOL 178
DEPO-MEDROL 143
DEPO-PROVERA 142
DEPO-SUBQ PROVERA 104 142
DEPO-TESTOSTERONE 36
DERMACINRX PRETRATE 244
DERMA-SMOOTHE/FS BODY 154
DERMA-SMOOTHE/FS SCALP 154
DERMOTIC 263
DESCOVY 119
DESFERAL 67
desflurane 185
desipramine hcl 57
desloratadine 72
desmopressin ace spray refrig 177
desmopressin acetate 177
desmopressin acetate pf 177
desmopressin acetate spray 177
desogestrel-ethinyl estradiol 137
desonide 154
DESOWEN 155
desoximetasone 155
destress-iron 241
DESVENLAFAXINE ER 56
desvenlafaxine succinate er 56
DETROL 282
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 15
DEXILANT 280
dexlansoprazole 280
DEXMEDETOMIDINE HCL 200
dexmedetomidine hcl 200
dexmedetomidine hcl in nacl 200
DEXMEDETOMIDINE HCL-DEXTROSE 200
dexmethylphenidate hcl 17, 18
dexmethylphenidate hcl er 17
dexrazoxane 104
dexrazoxane hcl 104
DEXTENZA 259
dextroamphetamine sulfate 15
dextroamphetamine sulfate er 15
dextrose 253
DEXTROSE 253
DEXTROSE 5%/ELECTROLYTE #48 229
dextrose in lactated ringers 229
dextrose-nacl 229
DEXTROSE-SODIUM CHLORIDE 229
dextrose-sodium chloride 229
DEXYCU 259
DHIVY 112
DIACOMIT 48
dialyvite 800 239
DIATHRIVE BLOOD GLUCOSE TEST 162
DIATHRIVE GLUCOSE TEST 162
DIATHRIVE LANCET ULTRA THIN 30 210
DIATHRIVE LANCETS 210
DIATHRIVE LANCING DEVICE 210
DIATHRIVE PEN NEEDLE 220
DIATHRIVE+ GLUCOSE TEST 162
diazepam 39, 47
diazepam intensol 39
diazoxide 59
DIBENZYLINE 78
dichlorphenamide 166
DICLEGIS 69
diclofenac epolamine 150
diclofenac potassium 26
diclofenac potassium(migraine) 227
diclofenac sodium 26, 150, 258
diclofenac sodium er 26
diclofenac-misoprostol 26
dicloxacillin sodium 266
dicyclomine hcl 279
diethylpropion hcl 16
diethylpropion hcl er 16
DIFFERIN 148
DIFICID 206
diflorasone diacetate 155
DIFLUCAN 71
diflunisal 30
difluprednate 259
DIGIFAB 67
digoxin 131
dihydroergotamine mesylate 227
DILANTIN 53
DILANTIN INFATABS 53
DILANTIN-125 53
DILAUDID 31
diltiazem hcl 129
DILTIAZEM HCL 129
diltiazem hcl er 128, 129
diltiazem hcl er beads 128
diltiazem hcl er coated beads 128
diltiazem hcl-sodium chloride 129
dilt-xr 129
DIMENHYDRINATE 69
dimethyl fumarate 270
dimethyl fumarate starter pack 270
DIOVAN 80
DIOVAN HCT 79
DIPENTUM 181
diphenhydramine hcl 72
diphenoxylate-atropine 66
DIPRIVAN 184
DIPROLENE 155
dipyridamole 193
DISCOVISC 260
disopyramide phosphate 39
disulfiram 267
DIURIL 167
divalproex sodium 53
divalproex sodium er 53
DIVIGEL 178
dobutamine hcl 131
DOBUTAMINE-DEXTROSE 131
DOCETAXEL 106
DOCIVYX 107
dofetilide 40
DOJOLVI 254
dolishale 140
DOLOBID 30
donepezil hcl 267, 268
DOPAMINE HCL 131
DOPAMINE-DEXTROSE 131
DOPRAM 16
DOPTELET 197
DORYX MPC 277
dorzolamide hcl 257
dorzolamide hcl-timolol mal 254
dorzolamide hcl-timolol mal pf 254
dotti 178
DOVATO 119
doxazosin mesylate 81
doxepin hcl 57, 150, 200
doxercalciferol 172
DOXIL 101
doxorubicin hcl 101

doxorubicin hcl liposomal 101
doxy 100 277
doxycycline 159
doxycycline hyclate 277
doxycycline monohydrate 277
doxylamine-pyridoxine 69
DRISDOL 289
DRIZALMA SPRINKLE 56
dronabinol 69
droperidol 38
DROPLET GENTEEL LANCING DEVICE 210
DROPLET INSULIN SYRINGE 221
DROPLET LANCETS ULTRA THIN 30G 210
DROPLET LANCING DEVICE 210
DROPLET MICRON 221
DROPLET PEN NEEDLES 221
DROPLET PERSONAL LANCETS 30G 210
DROPSAFE ACTI-LANCE 23G 210
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES 221
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 221
drospiren-eth estrad-levomefol 138
drospirenone-ethinyl estradiol 138
DROXIA 194
droxidopa 287, 288
DRUG MART ON-THE-GO LANCET 30G 210
DRUG MART UNIFINE PENTIPS 221
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 31
DUAKLIR PRESSAIR 41
DUAVEE 179
DUETACT 66
DUEXIS 26
dulcolax 202
dulcolax milk of magnesia 202
DULERA 41
duloxetine hcl 56
DUOBRII 161
DUO-CARE TEST 162
DUOPA 112
DUOVISC 260
DUPIXENT 153
duramorph 31
DUREX EXTRA SENSITIVE THIN 206
DUREX REALFEEL 206
DUREX TROPICAL 206
DUREZOL 259
DUROLANE 250
DURYSTA 261
dutasteride 185
dutasteride-tamsulosin hcl 186
DUVYZAT 252
DYANAVEL XR 15
dyclopro 158
DYMISTA 250
DYRENIUM 167
DYSPORT 252
e.e.s. 400 205
E.E.S. GRANULES 205
ear health formula 248
ear health plus 248
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 162
easy mini eject lancing device 210
easy mini lancing device 210
EASY PLUS II GLUCOSE TEST 162
EASY STEP TEST 162
EASY TALK BLOOD GLUCOSE TEST 162
EASY TALK PLUS II TEST STRIPS 162
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SY 221
EASY TOUCH HEALTHPRO GLUCOSE 162
EASY TOUCH INSULIN BARRELS 221
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 221
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 221
EASY TOUCH LANCETS 21G 211
EASY TOUCH LANCETS 23G 211
EASY TOUCH LANCETS 26G 211
EASY TOUCH LANCETS 28G 211
EASY TOUCH LANCETS 28G/TWIST 211
EASY TOUCH LANCETS 30G 211
EASY TOUCH LANCETS 30G/TWIST 211
EASY TOUCH LANCETS 32G 211
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 162
EASY TRAK BLOOD GLUCOSE TEST 162
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 153
EC-NAPROSYN 26
ec-naproxen 26
econazole nitrate 157
econtra one-step 141
ecotrin low strength 30
ECOZA 157
edaravone 251
EDARBI 80
EDARBYCLOR 79
EDECRIN 167
edetate calcium disodium 67
EDEX 132
EDLUAR 200
EDURANT 121
EDURANT PED 121
efavirenz 121
efavirenz-emtricitab-tenofo df 119
efavirenz-lamivudine-tenofovir 119
EFFEXOR XR 56
EFFIENT 193
EGRIFTA SV 171
ELAHERE 102
ELAPRASE 173
ELCYS 253
ELELYSO 193
ELEMENT COMPACT TEST 163
ELEMENT TEST 163
ELEPSIA XR 48
ELESTRIN 178
eletriptan hydrobromide 227
ELFABRIO 170
ELIDEL 158
ELIGARD 106
ELIMITE 159
elinest 138
ELIQUIS 45
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 45
ELITEK 104
elite-ob 244
ELIXOPHYLLIN 45
ELLA 141
ELLENCE 101
ELMIRON 186
ELOCTATE 188
ELREXFIO 95
eltrombopag olamine 197

eluryng 140
ELYXYB 227
ELZONRIS 103
EMBECTA AUTOSHIELD DUO 221
EMBECTA INS SYR U/F 1/2 UNIT 221
EMBECTA INSULIN SYR ULTRAFINE 222
EMBECTA INSULIN SYRINGE 222
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-100 222
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 222
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 222
EMBECTA PEN NEEDLE NANO 2 GEN 222
EMBECTA PEN NEEDLE ULTRAFINE 222
EMBLAVEO 85
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 222
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 70
EMEND BIPACK 70
EMEND TRIPACK 70
EMERPHED 288
EMFLAZA 144
EMGALITY 227
EMGALITY (300 MG DOSE) 227
EMPAVELI 190
EMPLICITI 93
EMRELIS 92
EMROSI 159
EMSAM 54
emtricitabine 121
emtricitabine-tenofovir df 119
emtricitab-rilpivir-tenofov df 119
EMTRIVA 121
EMVERM 37
Emzahh 142
enalapril maleate 77
enalaprilat 77
enalapril-hydrochlorothiazide 76
ENBRACE HR 244
ENBREL 29
ENBREL MINI 28
ENBREL SURECLICK 29
ENCARE 286
ENDARI 194
ENDO AVITENE 198
endocet 34
ENDOMETRIN 287
endur-b 240
ENFAMIL EXPECTA 247
ENGERIX-B 284
ENHERTU 102
Enilloring 140
ENJAYMO 190
ENLITE GLUCOSE SENSOR 211
enoxaparin sodium 46
enpresse-28 143
enskyce 138
ENSPRYNG 235
ENSTILAR 161
entacapone 112
ENTADFI 186
entecavir 123
ENTRESTO 132
ENTYVIO 182
ENTYVIO PEN 182
enulose 183
ENVARSUS XR 235
EOHILIA 144
EPANED 77
EPCLUSA 123
EPHEDRINE SULFATE (PRESSORS) 288
EPIDIOLEX 48
EPIDUO 147
EPIDUO FORTE 147
EPIFOAM 160
epinastine hcl 256
epinephrine 287, 288
EPINEPHRINE 288
epinephrine (anaphylaxis) 287
epinephrine bitartrate-nacl 288
EPINEPHRINE PF 288
EPINEPHRINESNAP 287
EPIPEN 2-PAK 287
EPIPEN JR 2-PAK 287
epitol 48
EPIVIR 121
EPKINLY 95
eplerenone 82
EPOGEN 194
epoprostenol sodium 132
EPRONTIA 48
EPSOLAY 148
eptifibatide 191
EPYSQLI 190
eq aspirin adult low dose 30
eq aspirin low dose 30
EQ BLOOD GLUCOSE TEST 163
eq clearlax 201
eq gentle laxative 203
eq laxative 201
eq magnesium citrate 202
eq nicotine 273
eq nicotine polacrilex 273
eq nicotine step 3 273
eql aspirin low dose 30
eql b complex 50 240
eql b-100 complex 240
eql clearlax 201
eql gentle laxative 203
eql laxative 203
eql magnesium citrate 202
EQL PRENATAL FORMULA 244
eql super b complex/vitamin c 239
EQUETRO 113
ERAXIS 70
ERBITUX 96
ergocalciferol 289
ERGOMAR 227
ergotamine-caffeine 227
eribulin mesylate 107
ERIVEDGE 97
ERLEADA 89
erlotinib hcl 96
ERMEZA 278
errin 142
ERTACZO 157
ertapenem sodium 83
ERVEBO 284
ery 147
ERYGEL 147
ERYPED 400 205
ery-tab 205
ERYTHROCIN LACTOBIONATE 205
erythromycin 147, 206, 256
erythromycin base 205, 206
erythromycin ethylsuccinate 206
erythromycin lactobionate 206
ERZOFRI 114
ESBRIET 276
escitalopram oxalate 55
ESKATA 160
eslicarbazepine acetate 48
esmolol hcl 126
ESMOLOL HCL 126
esmolol hcl-sodium chloride 126
esomeprazole magnesium 280
esomeprazole sodium 280
ESPEROCT 188
estarylla 138
estazolam 199
ESTRACE 178, 287
estradiol 178, 287
estradiol valerate 178
estradiol-norethindrone acet 178
ESTRING 287
ESTROFACTORS 241
ESTROGEL 178
eszopiclone 200
ethacrynate sodium 167
ethacrynic acid 167
ethambutol hcl 87
ETHAMOLIN 236
ethosuximide 53
ethynodiol diac-eth estradiol 138
etodolac 26
etodolac er 26
etomidate 184
etonogestrel-ethinyl estradiol 140
ETOPOPHOS 107
etoposide 107

etravirine ... 121
EUCRISA ... 158
EUFLEXXA ... 250
EULEXIN ... 89
euthyrox ... 278
EVAMIST ... 178
EVEKEO ... 15
EVENITY ... 175
everolimus ... 99, 235
EVERSENSE 365 SENSOR/HOLDER ... 211
EVERSENSE 365 SMART TRANSMIT ... 211
EVERSENSE SENSOR/HOLDER ... 211
EVERSENSE SMART TRANSMITTER ... 211
EVISTA ... 175
EVKEEZA ... 73
EVOLUTION AUTOCODE ... 163
EVOMELA ... 107
EVOTAZ ... 119
EVOXAC ... 238
EVRYSDI ... 252
EXELDERM ... 157
EXELON ... 268
exemestane ... 103
exenatide ... 63
EXFORGE ... 79
EXFORGE HCT ... 81
EXJADE ... 67
ex-lax ultra ... 203
EXONDYS 51 ... 252
EXTENCILLINE ... 265
EYLEA ... 262
EYLEA HD ... 262
EYSUVIS ... 259
EZALLOR SPRINKLE ... 74
ezetimibe ... 75
ezetimibe-simvastatin ... 75
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 ... 148
FABRAZYME ... 170
falmina ... 138
famciclovir ... 124
famotidine ... 279
famotidine (pf) ... 279
famotidine premixed ... 279
FANAPT ... 114
FANAPT TITRATION PACK ... 114
FANTASY LUBRICATED ... 206
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE ... 206
FARESTON ... 89
FARXIGA ... 64
FASENRA ... 43
FASENRA PEN ... 43
FASLODEX ... 104
FC2 FEMALE CONDOM ... 206
febuxostat ... 187
FEIBA ... 188
Feirza 1.5/30 ... 138
Feirza 1/20 ... 138
felbamate ... 52
FELBATOL ... 52
felodipine er ... 129
FEMARA ... 104
FEMCAP ... 206
FEMLYV ... 138
FEMRING ... 287
fenofibrate ... 74
fenofibrate micronized ... 74
fenofibric acid ... 74
fenoprofen calcium ... 26
FENOPRON ... 26
FENSOLVI (6 MONTH) ... 173
fentanyl ... 32
FENTANYL CITRATE (PF) ... 31, 32
fentanyl citrate (pf) ... 32
fentanyl citrate pf ... 32
FENTANYL CITRATE PF ... 32
FERAHEME ... 196
ferric citrate ... 183
FERRIPROX ... 67
FERRIPROX TWICE-A-DAY ... 67
FERRLECIT ... 196
ferumoxytol ... 196
fesoterodine fumarate er ... 282
FETROJA ... 136
FETZIMA ... 57
FETZIMA TITRATION ... 57
fexmid ... 248
FIASP ... 60
FIASP FLEXTOUCH ... 60
FIASP PENFILL ... 61
FIASP PUMPCART ... 61
FIBRYGA ... 188
FIFTY50 GLUCOSE TEST 2.0 ... 163
FIFTY50 PEN NEEDLES ... 222
FIFTY50 SAFETY SEAL LANCETS ... 211
FIFTY50 SUPERIOR COMFORT SYR ... 222
FIFTY50 UNILET LANCETS 33G ... 211
FILSPARI ... 186
FILSUVEZ ... 161
FINACEA ... 159
finasteride ... 161, 185
FINGERSTIX LANCETS ... 211
fingolimod hcl ... 274
FINTEPLA ... 48
Finzala ... 138
FIORICET ... 29
FIORICET/CODEINE ... 31
FIRAZYR ... 190
FIRDAPSE ... 87
FIRMAGON ... 105
FIRMAGON (240 MG DOSE) ... 105
FIRVANQ ... 84
FLAREX ... 260
FLAVOVIT EAR HEALTH ... 248
flavoxate hcl ... 283
FLEBOGAMMA DIF ... 264
flecainide acetate ... 40
FLECTOR ... 150
FLEET STIMULANT ... 203
FLEQSUVY ... 248
FLEXBUMIN ... 192
FLOLAN ... 132
FLOLIPID ... 74
FLORIVA ... 230, 243
FLORIVA PLUS ... 243
FLORRAXYL ... 241
FLOTREX ... 243
floxuridine ... 89
FLUAD ... 284
FLUARIX ... 284
FLUBLOK ... 284
FLUCELVAX ... 284
fluconazole ... 71
FLUCONAZOLE IN SODIUM CHLORIDE ... 71
fluconazole in sodium chloride ... 71
flucytosine ... 70
fludarabine phosphate ... 89, 90
fludrocortisone acetate ... 145
FLULAVAL ... 285
flumazenil ... 68
FLUMIST ... 285
flunisolide ... 251
fluocinolone acetonide ... 155, 263
fluocinolone acetonide body ... 155
fluocinolone acetonide scalp ... 155
fluocinonide ... 155
fluocinonide emulsified base ... 155
fluorescein ... 257
fluorescein sodium ... 257
FLUORESCEIN SODIUM/BENOXINATE ... 257
fluorescein-benoxinate ... 257
FLUORESCITE ... 257
fluoridex ... 237
fluoridex daily renewal ... 237
fluoridex enhanced whitening ... 237
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF ... 237
fluorimax 5000 ... 237
FLUORIMAX 5000 SENSITIVE ... 237
fluorometholone ... 260
fluorouracil ... 90, 150
fluoxetine hcl ... 55
FLUOXETINE HCL ... 55
fluoxetine hcl (pmdd) ... 272
fluphenazine decanoate ... 116
fluphenazine hcl ... 116, 117
flurandrenolide ... 155
FLURA-SAFE ... 257
flurazepam hcl ... 199
flurbiprofen ... 27
flurbiprofen sodium ... 258
fluticasone furoate-vilanterol ... 41
fluticasone propionate ... 155, 251
fluticasone propionate diskus ... 44
fluticasone propionate hfa ... 44
fluticasone-salmeterol ... 41

fluvastatin sodium 74
fluvastatin sodium er 74
fluvoxamine maleate 55
fluvoxamine maleate er 55
FLUZONE 285
FLUZONE HIGH-DOSE 285
FML FORTE 260
FML LIQUIFILM 260
FOCALIN 18
FOCALIN XR 18
focinvez 70
folate 195
FOLGARD OS 241
folic acid 195
FOLIVANE-OB 244
FOLLISTIM AQ 174
FOLOTYN 90
foltabs 800 195
fomepizole 67
fondaparinux sodium 46
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 163
FORA GTEL BLOOD GLUCOSE TEST 163
FORA LANCETS 211
FORA LANCING DEVICE 211
FORA TN'G ADVANCE PRO 163
FORA TN'G/TN'G VOICE 163
FORA V10 BLOOD GLUCOSE TEST 163
FORA V30A BLOOD GLUCOSE TEST 163
FORACARE GD40 TEST 163
FORACARE PREMIUM V10 TEST 163
FORACARE TEST N GO TEST 163
FORANE 185
FORFIVO XL 54
formaldehyde 118
formoterol fumarate 42
FORTEO 175
FOSAMAX 168
FOSAMAX PLUS D 168
fosamprenavir calcium 120
fosaprepitant dimeglumine 70
foscarnet sodium 122
FOSCAVIR 122
fosfomycin tromethamine 86
fosinopril sodium 77
fosinopril sodium-hctz 76
fosphenytoin sodium 53
FOSRENOL 183
FOTIVDA 99
FRAGMIN 46
fraiche 5000 dental 237
FREESTYLE INSULINX TEST 163
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 212
FREESTYLE LIBRE 2 SENSOR 212
FREESTYLE LIBRE 3 PLUS SENSOR 212
FREESTYLE LIBRE 3 READER 212
FREESTYLE LIBRE 3 SENSOR 212
FREESTYLE LIBRE READER 212
FREESTYLE LITE TEST 163
FREESTYLE PRECISION NEO TEST 163
FREESTYLE TEST 163
FREESTYLE UNISTICK II LANCETS 212
fresenius propoven 185
FRESKARO MAGNESIUM CITRATE 202
FRINDOVYX 107
FROVA 227
frovatriptan succinate 227
FRUZAQLA 110
ft aspirin 30
ft aspirin low dose 30
ft b-100 complex pr 240
ft b-complex plus vitamin c 239
ft clearlax 201
ft folic acid 195
ft laxative 203
ft magnesium citrate 202
ft milk of magnesia 202
ft nicotine 273
ft nicotine mini 273
ft prenatal 244
FULL SPECTRUM B/VITAMIN C . 239
FULPHILA 195
fulvestrant 104
FUNGIMEZ 149
FUROSCIX 167
furosemide 167
FUZEON 120
FYARRO 99
fyavolv 178
FYCOMPA 47
FYLNETRA 195
fyremadel 170
g tussin ac 146
gabapentin 48
gabapentin (once-daily) 271
GABARONE 48
GALAFOLD 170
galantamine hydrobromide 268
galantamine hydrobromide er 268
Gallifrey 266
GALZIN 232
GAMASTAN 264
GAMIFANT 235
GAMMAGARD 264
GAMMAGARD S/D LESS IGA 264
GAMMAKED 264
GAMMAPLEX 264
GAMUNEX-C 264
GANCICLOVIR SODIUM 122
ganciclovir sodium 122
GANIRELIX ACETATE 170
GARDASIL 9 285
GASTROCROM 180
gatifloxacin 256
GATTEX 180
gavilax 201
GAVILYTE-C 201
gavilyte-g 201
Gavilyte-N With Flavor Pack 201
GAVRETO 100
GAZYVA 91
GE100 BLOOD GLUCOSE TEST ... 163
gefitinib 96
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 250
GELSYN-3 250
GEMCITABINE HCL 90
gemcitabine hcl 90
gemfibrozil 74
gemmily 138
GEMTESA 282
generlac 183
gengraf 233
GENOTROPIN 171
GENOTROPIN MINIQUICK 171
gentamicin in saline 20
gentamicin sulfate 20, 149, 256
GENTEEL BUTTERFLY TOUCH LANCET 212
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 ... 119
GEODON ... 113
GHT TEST ... 164
GIAPREZA ... 288
GILENYA ... 274
GILOTRIF ... 96
GIMOTI ... 180
GIVLAARI ... 187
GLASSIA ... 275
glatiramer acetate ... 271
glatopa ... 271
GLEEVEC ... 94
GLEOSTINE ... 108
GLIADEL WAFER ... 108
glimepiride ... 65
glipizide ... 65
glipizide er ... 65
glipizide-metformin hcl ... 65
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 ... 59
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 ... 66
glyburide ... 66
glyburide micronized ... 66
glyburide-metformin ... 65
GLYCATE ... 281
glycine ... 186
glycine urologic ... 186
glycolax ... 201
GLYCOPHOS ... 230
glycopyrrolate ... 281
GLYCOPYRROLATE ... 281
GLYCOPYRROLATE PF ... 281
glycopyrrolate pf ... 281
glycopyrrolate pf +rfid ... 281
glydo ... 158
GLYRX-PF ... 281
GLYXAMBI ... 64
gnp adult aspirin low strength ... 30
gnp aspirin ... 30
gnp aspirin low dose ... 30
gnp b-100 complex ... 240
gnp b-50 complex ... 240
gnp b-complex plus vitamin c ... 239
gnp clearlax ... 202
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 ... 203
gnp nicotine ... 273
gnp nicotine mini ... 273
gnp nicotine polacrilex ... 273
gnp pen needles ... 222
GNP PRENATAL ... 244
gnp prenatal/folic acid ... 244
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 ... 111
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 ... 98
GONAL-F ... 174
GONAL-F RFF ... 174
GONAL-F RFF REDIJECT ... 174
goodsense aspirin ... 30
goodsense aspirin low dose ... 30
goodsense bisacodyl laxative ... 203
goodsense clearlax ... 202
goodsense magnesium citrate ... 203
goodsense milk of magnesia ... 203
goodsense nicotine ... 273
GRAFAPEX ... 88
GRALISE ... 271, 272
granisetron hcl ... 68
GRANIX ... 195
GRASTEK ... 19
griseofulvin microsize ... 70
griseofulvin ultramicrosize ... 71
guaifenesin-codeine ... 146
guanfacine hcl ... 81
guanfacine hcl er ... 14
GUARDIAN 4 GLUCOSE SENSOR 212
GUARDIAN 4 TRANSMITTER ... 212
GUARDIAN LINK 3 TRANSMITTER ... 212
GUARDIAN REAL-TIME REPLACE PED ... 213
GUARDIAN SENSOR (3) ... 213
GUARDIAN SENSOR 3 ... 213
GVOKE HYPOPEN 1-PACK ... 59
GVOKE HYPOPEN 2-PACK ... 59
GVOKE KIT ... 59
GVOKE PFS ... 59
GYNAZOLE-1 ... 286
habitrol ... 273
HADLIMA ... 23
HADLIMA PUSHTOUCH ... 23
HAEGARDA ... 190
HAEMOLANCE ... 213
HAEMOLANCE LOW FLOW LANCETS ... 213
HAEMOLANCE PLUS ... 213
HAEMOLANCE PLUS HIGH FLOW ... 213
HAEMOLANCE PLUS LOW FLOW ... 213
HAEMOLANCE PLUS MAX FLOW ... 213
HAEMOLANCE PLUS PEDIATRIC FLOW ... 213
hailey 1.5/30 ... 138
hailey 24 fe ... 138
hailey fe 1.5/30 ... 138
hailey fe 1/20 ... 138
HALAVEN ... 107
halcinonide ... 155
HALCION ... 199

HALDOL DECANOATE 115
halobetasol propionate 155
HALOBETASOL PROPIONATE 155
Haloette 140
HALOG 155
haloperidol 115
haloperidol decanoate 115
haloperidol lactate 115
HARVONI 123
HAVRIX 285
HEALON DUET PRO 261
HEALON GV PRO 261
HEALON PRO 261
HEALON5 PRO 261
HEALTHWISE INSULIN SYR/NEEDLE 222
HEALTHWISE MICRON PEN NEEDLES 222
HEALTHWISE SHORT PEN NEEDLES 223
healthy hair/skin/nails 241
healthylax 202
heather 142
h-e-b aspirin 30
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 223
H-E-B INCONTROL UNIFINE PENTIP 223
HECTOROL 172
HELIDAC THERAPY 281
HEMABATE 263
HEMADY 144
HEMANGEOL 126
HEMICLOR 167
HEMLIBRA 188
HEMOFIL M 189
HEPAGAM B 264
heparin (porcine) in nacl 46
HEPARIN (PORCINE) IN NACL 46
heparin na (pork) lock flsh pf 46
HEPARIN SOD (PORCINE) IN D5W 46
heparin sod (porcine) in d5w 46
heparin sod (pork) lock flush 46
heparin sodium (porcine) 46
HEPARIN SODIUM (PORCINE) 46
heparin sodium (porcine) pf 46
HEPARIN SODIUM (PORCINE) PF 46
HEPLISAV-B 285
HEPZATO W/50MM CATHETER 107
HEPZATO W/62MM CATHETER 107
HER STYLE 141
HERCEPTIN 92
HERCEPTIN HYLECTA 102
HERCESSI 92
HERZUMA 93
hetastarch-nacl 192
HETLIOZ 200
HETLIOZ LQ 200
HEXATRIONE 144
HEXTEND 192
HIBERIX 283
hidex 6-day 144
HIPREX 86
HIZENTRA 264
HM ULTICARE INSULIN SYRINGE 223
HM ULTICARE MINI PEN NEEDLES 223
HM ULTICARE SHORT PEN NEEDLES 223
HORIZANT 272
HULIO (2 PEN) 23
HULIO (2 SYRINGE) 23
HUMALOG 61
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN 61
HUMALOG KWIKPEN 61
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN 61
HUMALOG MIX 75/25 61
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN 61
HUMALOG TEMPO PEN 61
HUMATE-P 189
HUMATIN 20
HUMATROPE 171
HUMIRA (1 PEN) 23
HUMIRA (2 PEN) 23
HUMIRA (2 SYRINGE) 23
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER 23
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER 23
HUMULIN 70/30 61
HUMULIN 70/30 KWIKPEN 61
HUMULIN N 61
HUMULIN N KWIKPEN 61
HUMULIN R 61
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) 61
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 61
HW EMBRACE PRO GLUCOSE TEST 164
HW EMBRACE TALK GLUCOSE TEST 164
HYALGAN 250
HYCAMTIN 109
HYCODAN 145
hydralazine hcl 82
HYDREA 103
hydrochlorothiazide 167
hydrocod poli-chlorphe poli er 146
hydrocodone bitartrate er 32
hydrocodone bit-homatrop mbr 145
hydrocodone-acetaminophen 31
hydrocodone-ibuprofen 31
hydrocortisone 37, 144, 155, 156
hydrocortisone (perianal) 37
hydrocortisone ace-pramoxine 37
hydrocortisone butyrate 155
hydrocortisone sod suc (pf) 144
hydrocortisone valerate 156
hydrocortisone-acetic acid 263
hydromet 145
hydromorphone hcl 32
hydromorphone hcl er 32
HYDROMORPHONE HCL PF 32
hydromorphone hcl pf 32
hydroxocobalamin acetate 194
HYDROXYCHLOROQUINE SULFATE 86
hydroxychloroquine sulfate 86
hydroxyurea 103
hydroxyzine hcl 38
hydroxyzine pamoate 38
HYFTOR 158
HYLENEX 233
HYMOVIS 250
HYMPAVZI 188
HYPERHEP B 264
HYPERRAB 264
HYPERRHO S/D 264
HYPERSAL 146
HYPERTET 264
HYPOLANCE AST LANCING 213
HYQVIA 265
HYRIMOZ 24
HYRIMOZ-CROHNS/UC STARTER 24
HYRIMOZ-PED<40KG CROHN STARTER 24
HYRIMOZ-PED>/=40KG CROHN START 24
HYRIMOZ-PLAQ PSOR/UVEIT START 24
HYRIMOZ-PLAQUE PSORIASIS START 24
HYSINGLA ER 32
HY-VEE LANCETS 213
HY-VEE THIN LANCETS 213
HYZAAR 79
ibandronate sodium 168
IBRANCE 104
IBSRELA 181
ibu 27
ibuprofen 27
ibuprofen lysine 27
ibuprofen-famotidine 26
ibutilide fumarate 40
icatibant acetate 190
iclevia 141
ICLUSIG 94
icosapent ethyl 73
IDAMYCIN PFS 102
idarubicin hcl 102
IDELVION 189
IDHIFA 105
IDOSE TR 261
IFEX 107
ifosfamide 108
IFOSFAMIDE 108
IGALMI 200
IGLUCOSE TEST STRIPS 164

IHEALTH BLOOD GLUCOSE TEST STR 164
IHEALTH LANCING DEVICE 213
IHEEZO 258
ILARIS 25
ILEVRO 258
ILIDERM 158
ILUMYA 151
ILUVIEN 260
IMAAVY 235
imatinib mesylate 94
IMBRUVICA 95
IMCIVREE 17
IMDELLTRA 95
IMFINZI 93
imipenem-cilastatin 83
imipramine hcl 57
imipramine pamoate 58
imiquimod 157
imiquimod pump 157
IMITREX 227
IMITREX STATDOSE REFILL 228
IMITREX STATDOSE SYSTEM 228
IMJUDO 92
imkeldi 94
IMMPHENTIV 288
IMOGAM RABIES-HT 264
IMOVAX RABIES 285
IMPAVIDO 82
IMPOYZ 156
IMURAN 236
IMVEXXY MAINTENANCE PACK 287
IMVEXXY STARTER PACK 287
IN TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST 164
IN TOUCH LANCING DEVICE 213
IN TOUCH STERILE LANCETS 30G 213
inatal gt 244
INBRIJA 111
incassia 142
INCONTROL ULTICARE PEN NEEDLES 223
INCRELEX 173
INCRUSE ELLIPTA 43
indapamide 167
INDERAL LA 126, 127
INDERAL XL 127
INDOCIN 27
indomethacin 27
indomethacin er 27
indomethacin sodium 27
INFANRIX 278
INFED 196
INFINITY BLOOD GLUCOSE TEST 164
INFINITY VOICE 164
INFLECTRA 184
INFLIXIMAB 184
INFUMORPH 200 32
INFUMORPH 500 32
INFUVITE ADULT 241
INFUVITE PEDIATRIC 243
INGREZZA 268, 269
INJECTAFER 196, 197
INLYTA 110
INNOPRAN XL 127
INPEFA 132
INQOVI 102
INREBIC 105
INSPRA 82
INSTAT 198
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN 61
INSULIN ASPART 61
INSULIN ASPART FLEXPEN 61
INSULIN ASPART PENFILL 61
INSULIN ASPART PROT & ASPART 61
insulin degludec 61
insulin degludec flextouch 61
insulin glargine max solostar 62
insulin glargine solostar 62
INSULIN GLARGINE-YFGN 62
INSULIN LISPRO 62
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 62
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN 62
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO 62
INSULIN SYRINGE 223
insulin syringe-needle u-100 223
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 223
INSUPEN PEN NEEDLES 223
INTELENCE 121
INTERCEED 198
INTERCEED (TC7) 198
INTRALIPID 254
INTRAROSA 286
introvale 141
INTUNIV 14
INVEGA 114
INVEGA HAFYERA 114
INVEGA SUSTENNA 114
INVEGA TRINZA 114
INVELTYS 260
INVOKAMET 65
INVOKAMET XR 65
INVOKANA 65
INZIRQO 167
IONOSOL-MB IN D5W 229
IOPIDINE 259
IPOL 285
ipratropium bromide 43, 251
ipratropium-albuterol 41
IQIRVO 183
irbesartan 80
irbesartan-hydrochlorothiazide 79
IRESSA 96
irinotecan hcl 109
ISENTRESS 120
ISENTRESS HD 120
isibloom 138
isoflurane 185
ISOLYTE-P IN D5W 229
ISOLYTE-S 229
ISOLYTE-S PH 7.4 229
isoniazid 87
isoproterenol hcl 42
ISORDIL TITRADOSE 37
isosorb dinitrate-hydralazine 132
isosorbide dinitrate 37
isosorbide mononitrate 37
isosorbide mononitrate er 37
isotretinoin 148
isradipine 129
ISTALOL 254
ISTODAX 97
ISTURISA 170
ITOVEBI 108
itraconazole 71
ivabradine hcl 134
ivermectin 37, 159
ivra 108
IWILFIN 108
IXCHIQ 285
IXEMPRA KIT 107
IXIARO 285
IXINITY 189
IYUZEH 261
IZERVAY 257
JADENU 67
JADENU SPRINKLE 67
jaimiess 141
JAKAFI 106
JALYN 186
jantoven 45
JANUMET 59
JANUMET XR 59
JANUVIA 59
JARDIANCE 65
jasmiel 138
JATENZO 36
Javygtor 175
JAYPIRCA 95, 96
JELMYTO 102
JEMPERLI 93
jencycla 142
JENLIVA PRENATAL/POSTNATAL 244
JENTADUETO 59
JENTADUETO XR 59, 60
JEUVEAU 156
JEVTANA 107
jinteli 178
JIVI 189
JOENJA 232
jolessa 141
JORNAY PM 18
JOURNAVX 29
Joyeaux 138
JUBLIA 157
juleber 138
JULUCA 119
junel 1.5/30 138
junel 1/20 138
junel fe 1.5/30 138

junel fe 1/20 ... 138
junel fe 24 ... 138
just right 5000 ... 238
JUXTAPID ... 75
JYLAMVO ... 90
JYNARQUE ... 175
JYNNEOS ... 285
KABIVEN ... 254
KADCYLA ... 102
kaitlib fe ... 138
KALBITOR ... 192
KALETRA ... 119
kalliga ... 138
KALYDECO ... 275
KAMELEON LUBRICATED ... 206
KANJINTI ... 93
KANUMA ... 173
KAPSPARGO SPRINKLE ... 126
KARBINAL ER ... 72
KARDIAMEMBRANE ... 160
kariva ... 137
KATERZIA ... 129
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 ... 264
kelnor 1/35 ... 138
kelnor 1/50 ... 138
KENALOG-10 ... 144
KENALOG-40 ... 144
KENALOG-80 ... 144
KENDALL HYDROGEL WOUND DRESS ... 161
KENGREAL ... 191
KEPIVANCE ... 104
KEPPRA ... 48, 49
KEPPRA XR ... 49
KERENDIA ... 174
KESIMPTA ... 270
KETALAR ... 185
ketamine hcl ... 185
ketoconazole ... 71, 157
ketodan ... 157
ketoprofen ... 27
ketoprofen er ... 27
ketorolac tromethamine ... 27, 258
KETOROLAC TROMETHAMINE .. 27
KEVEYIS ... 166
KEVZARA ... 25
KEYTRUDA ... 93
KHAPZORY ... 104
KHINDIVI ... 144
KIMMTRAK ... 95
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 ... 84
KINERET ... 25
KINNEY LANCETS ... 213
KINNEY THIN LANCETS ... 213
KINRAY INSULIN SYRINGE ... 223
KINRIX ... 278
KIPROFEN ... 27
KISQALI (200 MG DOSE) ... 104
KISQALI (400 MG DOSE) ... 104
KISQALI (600 MG DOSE) ... 104
KITABIS PAK (W/ NEBULIZER) ... 20
KLARON ... 147
Klayesta ... 149
KLISYRI (250 MG) ... 158
KLISYRI (350 MG) ... 158
KLONOPIN ... 47
klor-con ... 231
klor-con 10 ... 231
klor-con m10 ... 231
klor-con m15 ... 231
klor-con m20 ... 231
KLOXXADO ... 68
kls aspirin low dose ... 30
kls laxaclear ... 202
kls quit2 ... 273
kls quit4 ... 273
KOATE ... 189
KOATE-DVI ... 189
kobee ... 240
KOGENATE FS ... 189
KONVOMEP ... 280
KORLYM ... 64
KORSUVA ... 236
KOSELUGO ... 98
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 244
Kourzeq ... 238
KOVALTRY ... 189
kp aspirin ... 30
kp b complex-c ... 239
kp bisacodyl ... 203
kp folic acid ... 195
KP PRENATAL MULTIVITAMINS ... 244
K-PHOS ... 230
K-PHOS NO 2 ... 186
K-PHOS-NEUTRAL ... 230
KPN PRENATAL ... 244
KRAZATI ... 98
KRINTAFEL ... 86
KRISTALOSE ... 202
KROGER AUTOLET LANCING DEVICE ... 213
KROGER HEALTHPRO GLUCOSE TEST ... 164
KROGER HEALTHPRO LANCET 26G ... 213
KROGER LANCETS ... 213
KROGER LANCETS SUPER THIN ... 213
KROGER LANCETS THIN ... 213
KROGER PEN NEEDLES ... 223
KRYSTEXXA ... 187
kurvelo ... 138
KUVAN ... 175
KYLEENA ... 142
KYPROLIS ... 100
KYZATREX ... 36
labetalol hcl ... 125
lacosamide ... 49
lactated ringers ... 229, 234
LACTULOSE ... 202
lactulose ... 202
lactulose encephalopathy ... 183
LAGEVRIO ... 124
LAMICTAL ... 49
LAMICTAL ODT ... 49
LAMICTAL STARTER ... 49
LAMICTAL XR ... 49
lamivudine ... 121, 122, 123
lamivudine-zidovudine ... 119
lamotrigine ... 49, 50
lamotrigine er ... 49
lamotrigine starter kit-blue ... 50
lamotrigine starter kit-green ... 50
lamotrigine starter kit-orange ... 50
LAMPIT ... 83
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 ... 214
LANCETS ULTRA THIN 30G ... 214
lancing device ... 214
LANOXIN ... 131
LANOXIN PEDIATRIC ... 131
LANREOTIDE ACETATE ... 176
lansoprazole ... 280
lanthanum carbonate ... 183
LANTUS ... 62
LANTUS SOLOSTAR ... 62
LANZO ... 214
lapatinib ditosylate ... 99
larin 1.5/30 ... 138
larin 1/20 ... 138
larin 24 fe ... 138
larin fe 1.5/30 ... 138
larin fe 1/20 ... 138
LASIX ... 167
latanoprost ... 261
LATISSE ... 159
LATUDA ... 113
layolis fe ... 138
LAZCLUZE ... 96

leader advanced lancing device 214
LEADER UNIFINE PENTIPS 223
LEADER UNIFINE PENTIPS PLUS 223
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR 123
leena 143
leflunomide 28
LEMTRADA 270
lenalidomide 234
LENTOCILIN 265
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) . 110
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) . 110
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) . 110
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) . 110
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) . 110
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) . 110
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ... 110
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ... 110
LEQVIO 76
LESCOL XL 74
lessina 138
LETAIRIS 133
letrozole 104
leucovorin calcium 104, 105
LEUKERAN 108
LEUKINE 196
leuprolide acetate 106
levalbuterol hcl 42
levalbuterol tartrate 42
levamlodipine maleate 129
levetiracetam 50
levetiracetam er 50
LEVETIRACETAM IN NACL 50
levobunolol hcl 254
levocarnitine 169
levocarnitine sf 169
levocetirizine dihydrochloride 72
levofloxacin 179, 256
levofloxacin in d5w 179
levoleucovorin calcium 105
levoleucovorin calcium pf 105
levonest 143
levonorgest-eth estrad 91-day 141
levonorgest-eth estradiol-iron 138
levonorgestrel 141
levonorgestrel-ethinyl estrad 139, 141
levonorg-eth estrad triphasic 143
LEVOPHED 288
levora 0.15/30 (28) 139
levorphanol tartrate 32
levo-t 278
LEVOTHYROXINE SODIUM 278
levothyroxine sodium 278
levoxyl 278
LEVULAN KERASTICK 159
LEXAPRO 55
LEXETTE 156
l-glutamine 194
LIALDA 181
LIBERTY MEDICAL LANCETS 214
LIBRAX 279
LIBTAYO 93
LICART 150
lidocaine 158
lidocaine hcl 158, 204, 237
lidocaine hcl (cardiac) 40
LIDOCAINE HCL (CARDIAC) PF ... 40
lidocaine hcl (cardiac) pf 40
lidocaine hcl (pf) 204
lidocaine hcl urethral/mucosal 158
lidocaine in d5w 40
lidocaine viscous hcl 237
lidocaine-epinephrine 204
lidocaine-epinephrine (pf) 204
lidocaine-prilocaine 160
LIDODERM 158
LIKMEZ 82
LILETTA (52 MG) 142
LINCOCIN 85
lincomycin hcl 85
linezolid 85
linezolid in sodium chloride 85
LINZESS 180
liothyronine sodium 278
LIPITOR 74
lipo flavonoid plus 248
LIPOFEN 74
LIPOTRIAD 248
liraglutide 63
lisdexamfetamine dimesylate 15
lisinopril 77
lisinopril-hydrochlorothiazide 76
LITE TOUCH LANCETS 214
LITE TOUCH LANCING PEN 214
LITETOUCH INSULIN SYRINGE . 223
LITETOUCH LANCETS 214
LITETOUCH PEN NEEDLES 223
LITFULO 149
lithium 113
lithium carbonate 113
lithium carbonate er 113
LITHOBID 113
LITHOSTAT 187
LIVALO 74
LIVDELZI 183
LIVE BETTER LANCET SUPER THIN 214
LIVMARLI 181
LIVTENCITY 122
lmd in d5w 192
lmd in nacl 192
LO LOESTRIN FE 137
LODINE 27
LODOCO 131
LODOSYN 111
loestrin 1.5/30 (21) 139
loestrin 1/20 (21) 139
loestrin fe 1.5/30 139
loestrin fe 1/20 139
lofena 27
lofexidine hcl 267
lojaimiess 141
LOKELMA 236
LOMAIRA 16
LOMOTIL 66
LONSURF 102
loperamide hcl 66
LOPID 74
lopinavir-ritonavir 119
LOPRESSOR 126
LOQTORZI 93
lorazepam 39
lorazepam intensol 39
LORBRENA 91
LOREEV XR 39
loryna 139
losartan potassium 80
losartan potassium-hctz 79
LOTEMAX 260
LOTEMAX SM 260
LOTENSIN 77
LOTENSIN HCT 76
loteprednol etabonate 260
LOTREL 76
LOTRONEX 180
lovastatin 74, 75
LOVAZA 73
LOVENOX 46
low-ogestrel 139
loxapine succinate 116
lo-zumandimine 139
lubiprostone 180
LUCEMYRA 267
LUCENTIS 262
LUGOLS STRONG IODINE 118
luliconazole 157
LUMAKRAS 98
LUMIGAN 261
LUMIZYME 170
LUMRYZ 267
LUMRYZ STARTER PACK 267
LUNESTA 200
LUNSUMIO 95
LUPKYNIS 233
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 106
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 106
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 106
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 106
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 173
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 173
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) 173
lurasidone hcl 113
LUTATHERA 103
lutera 139
LUTRATE DEPOT 106
LUZU 157
LYBALVI 275
lyleq 142
lyllana 178
LYNPARZA 108
LYRICA 50
LYRICA CR 272
LYSODREN 89
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 96
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 96
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 97

LYUMJEV ... 62
LYUMJEV KWIKPEN ... 62
LYUMJEV TEMPO PEN ... 62
LYVISPAH ... 248
lyza ... 142
MACROBID ... 86
MACRODANTIN ... 86
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR ... 223
magnesium citrate ... 203
MAGNESIUM SULFATE ... 230
MAGNESIUM SULFATE IN D5W ... 230
MALARONE ... 86
malathion ... 159
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 ... 93
MARINOL ... 69
marlissa ... 139
MARPLAN ... 55
MASONATAL ... 244
MATERNACEL ... 244
MATULANE ... 103
matzim la ... 129
MAVENCLAD (10 TABS) ... 269
MAVENCLAD (4 TABS) ... 269
MAVENCLAD (5 TABS) ... 269
MAVENCLAD (6 TABS) ... 269
MAVENCLAD (7 TABS) ... 269
MAVENCLAD (8 TABS) ... 269
MAVENCLAD (9 TABS) ... 269
MAVYRET ... 123
MAXALT ... 228
MAXALT-MLT ... 228
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 223
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE ... 223
MAXI-COMFORT SAFETY PEN NEEDLE ... 223
MAXICOMFORT SYR 27G X 1/2" ... 223
MAXIDEX ... 260
MAXITROL ... 259
maxi-tuss ac ... 146
MAXI-TUSS CD ... 146
maxx ... 207
maxx plus ... 207
MAYZENT ... 274
MAYZENT STARTER PACK ... 274
meclizine hcl ... 69
meclofenamate sodium ... 27
MEDIC INSULIN SYRINGE ... 223
MEDICHOICE SAFETY LANCET 214
MEDICHOICE SAFETY LANCET EXTRA ... 214
MEDICHOICE SAFETY LANCET NORM ... 214
MEDICINE SHOPPE PEN NEEDLES ... 223
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 ... 144
medroxyprogesterone acetate ... 142, 266
mefenamic acid ... 27
mefloquine hcl ... 86
mega multiple/chelated mineral ... 248
megestrol acetate ... 109, 266
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 ... 164
MEIJER TRUETRACK TEST ... 164
MEKINIST ... 98
MEKTOVI ... 98
meloxicam ... 27
melphalan hcl ... 108
memantine hcl ... 271
memantine hcl er ... 271
memantine hcl-donepezil hcl ... 267
MENEST ... 178
MENOPUR ... 174
MENOSTAR ... 178
MENQUADFI ... 283
MENVEO ... 283
meperidine hcl ... 32
meprobamate ... 38
MEPRON ... 83
MEPSEVII ... 174
mercaptopurine ... 90
meropenem ... 83, 84
MEROPENEM-SODIUM CHLORIDE ... 84
merzee ... 139
mesalamine ... 181
mesalamine er ... 181
mesalamine-cleanser ... 181
mesna ... 109, 110
MESNEX ... 110
MESTINON ... 87
METADATE CD ... 18
metaxalone ... 248
metformin hcl ... 58
METFORMIN HCL ... 58
metformin hcl er ... 58
metformin hcl er (mod) ... 58
metformin hcl er (osm) ... 58
METHADONE HCL ... 32
methadone hcl ... 32
methadone hcl intensol ... 32
METHADOSE ... 32
methadose ... 32
METHADOSE SUGAR-FREE ... 33
methamphetamine hcl ... 15
methazolamide ... 166
methenamine hippurate ... 86
methergine ... 263
methimazole ... 277
METHITEST ... 36
methocarbamol ... 248, 249
methohexital sodium ... 185
methotrexate sodium ... 90
methotrexate sodium (pf) ... 90
methoxsalen rapid ... 151
methscopolamine bromide ... 281
methsuximide ... 53
methyldopa ... 81
methylene blue ... 67
methylene blue (antidote) ... 67
methylergonovine maleate ... 263
METHYLIN ... 18
methylphenidate ... 19
methylphenidate hcl ... 18, 19
methylphenidate hcl er ... 18
methylphenidate hcl er (cd) ... 18
methylphenidate hcl er (la) ... 18
methylphenidate hcl er (osm) ... 18
METHYLPHENIDATE HCL ER (OSM) ... 18
methylphenidate hcl er (xr) ... 18
methylprednisolone ... 144
methylprednisolone sodium succ ... 144
methyltestosterone ... 36
metoclopramide hcl ... 180
metolazone ... 168
metoprolol succinate er ... 126
metoprolol tartrate ... 126
metoprolol-hydrochlorothiazide ... 82
METROCREAM ... 159
METROGEL ... 159
METROLOTION ... 159
METRONIDAZOLE ... 82
metronidazole ... 82, 83, 159, 286
metyrosine ... 78
mexiletine hcl ... 40
MI PASTE ... 207
MI PASTE PLUS ... 207
MIACALCIN ... 169
Mibelas 24 Fe ... 139
MICAFUNGIN SODIUM ... 70
micafungin sodium-nacl ... 70
MICARDIS ... 80
MICARDIS HCT ... 79
miconazole 3 ... 286
miconazole-zinc oxide-petrolat ... 149
MICRODOT PEN NEEDLE ... 223
MICRODOT TEST ... 164
microgestin 1.5/30 ... 139
microgestin 1/20 ... 139
microgestin fe 1.5/30 ... 139
microgestin fe 1/20 ... 139

MICROLET LANCETS 214
MICROLET NEXT LANCING DEVICE 214
midazolam hcl 199
midazolam hcl (pf) 199
midazolam hcl (pf) +rfid 199
midazolam-sodium chloride (pf) 200
midodrine hcl 288
MIEBO 261
MIFEPREX 168
mifepristone 64, 168
migergot 227
miglitol 58
miglustat 194
mili 139
milk of magnesia 203
milrinone lactate 131
milrinone lactate in dextrose 131
mimvey 178
mincora 242
mineral oil heavy 202
mini lancing device 214
MINILINK REAL-TIME TRANSMITTER 214
MINIMED 630G GUARDIAN PRESS 214
MINIVELLE 178
MINOCIN 277
minocycline hcl 277
minocycline hcl er 277
minoxidil 82
Minzoya 139
MIOCHOL-E 255
MIOSTAT 255
MIPLYFFA 272
mirabegron er 282
MIRCERA 195
MIRENA (52 MG) 142
mirtazapine 54
MIRVASO 159
misoprostol 282
MITIGARE 187
mitigo 33
mitomycin 102, 256
MITOSOL 256
mitoxantrone hcl 102
MIUDELLA INTRAUTERINE COPPER 141
mm aspirin 30
MM BLULINK GLUCOSE TEST 164
mm clearlax 202
MM EASY TOUCH GLUCOSE 164
MM INSULIN SYRINGE/NEEDLE 223
MM LANCING DEVICE 214
MM PEN NEEDLES 223
MM TWIST LANCETS 214
M-M-R II 284
M-NATAL PLUS 244
mobile lancets 30g 214
modafinil 19
MODERNA COVID-19 VAC 6M-11Y 285
moexipril hcl 77
molindone hcl 116
mometasone furoate 156, 251
mondoxyne nl 277
MONJUVI 91
MONOFERRIC 197
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 139
MONOVISC 250
montelukast sodium 43
MORPHINE SULFATE 33
morphine sulfate 33
morphine sulfate (concentrate) 33
morphine sulfate (pf) 33
MORPHINE SULFATE (PF) 33
morphine sulfate er 33
morphine sulfate er beads 33
MOTEGRITY 179
MOTOFEN 66
MOTPOLY XR 50
MOUNJARO 63
MOVANTIK 183
MOVIPREP 201
MOXIFLOXACIN HCL 179
moxifloxacin hcl 179, 256
moxifloxacin hcl (2x day) 256
moxifloxacin hcl in nacl 179
MOZOBIL 194
MRESVIA 285
MS CONTIN 33
MULPLETA 197
MULTAQ 40
MULTI PRENATAL 244
multi vitamin 242
MULTI VITAMIN W/D-3 242
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 242
multiple vitamins 242
multiple vitamins essential 242
multiple vitamins/iron 241
MULTIVITAMIN 242
multi-vitamin 242
multivitamin adult 242
multivitamin iron-free 242
multivitamin plus iron adult 241
multivitamin w/fluoride 243
multivitamin/fluoride 243
multi-vitamin/fluoride 243
multi-vitamin/fluoride/iron 243
multi-vitamin/iron 241
MULTI-VIT-FLOR 243
MULTRYS 231
mupirocin 149
mupirocin calcium 149
mutamycin 102
MVASI 110
my choice 141
my way 141
MYALEPT 173
MYCAMINE 70
MYCAPSSA 176
mycophenolate mofetil 234
mycophenolate mofetil hcl 234
mycophenolate sodium 234
mycophenolic acid 234
MYDAYIS 14
MYDCOMBI 255
MYDRIACYL 255
MYFEMBREE 178
MYFORTIC 234
MYGLUCOHEALTH LANCETS 30G 214
MYGLUCOHEALTH TEST 164
MYHIBBIN 234
MYLERAN 88
MYLOTARG 92
MYOBLOC 252
MYRBETRIQ 282
MYSOLINE 50
MYTESI 66
MYXREDLIN 62
na ferric gluc cplx in sucrose 197
na sulfate-k sulfate-mg sulf 201
NABI-HB 264
nabumetone 27
nadolol 127
nafcillin sodium 266
NAFCILLIN SODIUM IN DEXTROSE 266
naftifine hcl 149
NAFTIN 149
NAGLAZYME 174
nalbuphine hcl 35
nalmefene hcl 68
NALOCET 34
naloxone hcl 68
naltrexone hcl 68
NAMENDA TITRATION PAK 271
NAMZARIC 267
NAPRELAN 27
NAPROSYN 27
naproxen 27, 28
naproxen dr 27
naproxen sodium 28
naproxen sodium er 28
naproxen-esomeprazole mg 26
naratriptan hcl 228
NARCAN 68
NARDIL 55
NAROPIN 204
NASCOBAL 194
NATACYN 256
natal pnv 244
NATAZIA 141

nateglinide ... 64
NATESTO ... 36
NATROBA ... 159
nat-rul b-50 ... 248
nat-rul daily-vite+iron ... 241
NAYZILAM ... 47
nebivolol hcl ... 126
NEBUPENT ... 83
Nebusal ... 146
necon 0.5/35 (28) ... 139
NEEVO DHA ... 244
nefazodone hcl ... 56
NEFFY ... 287
nelarabine ... 90
NEMLUVIO ... 157
neomaterna ... 244
NEOMULTIVITE ... 242
neomycin sulfate ... 20
neomycin-bacitracin zn-polymyx ... 256
neomycin-polymyxin b gu ... 185
neomycin-polymyxin-dexameth ... 259
neomycin-polymyxin-gramicidin ... 256
neomycin-polymyxin-hc ... 259, 262
NEONATAL COMPLETE ... 244
NEONATAL PLUS ... 244
neonatal prenatal ... 244
NEONATAL VITAMIN ... 244
neo-polycin ... 256
neo-polycin hc ... 259
NEOPROFEN ... 28
NEORAL ... 233
NEOSTIGMINE METHYLSULFATE ... 87
neostigmine methylsulfate rfid ... 87
NEO-SYNALAR ... 149
NEOX 100 ... 160
NEOX CORD 1K ... 160
nephro vitamins ... 239
NEPHRO-VITE ... 239
NERLYNX ... 99
NESACAINE ... 205
NESACAINE-MPF ... 205
NESTABS ... 244
NESTABS DHA ... 244
NESTABS ONE ... 247
neuac ... 147
NEULASTA ... 195
NEULASTA ONPRO ... 195
NEUPOGEN ... 195
NEUPRO ... 112
NEURONTIN ... 50
NEUTEK 2TEK TEST ... 164
NEVANAC ... 258
nevirapine ... 121
nevirapine er ... 121
new day ... 141
NEXAVAR ... 99
NEXICLON XR ... 81
NEXIUM ... 280
NEXLETOL ... 73
NEXLIZET ... 73
NEXOBRID ... 156
NEXPLANON ... 142
NEXTERONE ... 40
NEXTSTELLIS ... 139
NEXVIAZYME ... 170
NGENLA ... 171
niacin (antihyperlipidemic) ... 75
niacin er (antihyperlipidemic) ... 75
niacor ... 75
nicardipine hcl ... 129
NICARDIPINE HCL IN NACL ... 129
NICODERM CQ ... 273
NICORETTE ... 273
NICORETTE MINI ... 273
NICORETTE STARTER KIT ... 273
NICOTINE ... 273
nicotine ... 273
nicotine mini ... 273
nicotine polacrilex ... 273
nicotine polacrilex mini ... 273
nicotine step 1 ... 273
nicotine step 2 ... 273
nicotine step 3 ... 273
NICOTROL ... 273
NICOTROL NS ... 273
nifedipine ... 129
nifedipine er ... 129
nifedipine er osmotic release ... 129
NIFEREX ... 196
nikki ... 139
NIKTIMVO ... 233
NILANDRON ... 89
nilotinib hcl ... 94
nilutamide ... 89
nimodipine ... 129
NINJACOF-XG ... 146
NINLARO ... 100
NIPENT ... 103
NIPRIDE RTU ... 82
nisoldipine er ... 129, 130
nitazoxanide ... 83
NITHIODOTE ... 66
nitisinone ... 171, 172
NITRO-BID ... 37
NITRO-DUR ... 38
nitrofurantoin ... 86
nitrofurantoin macrocrystal ... 86
nitrofurantoin monohyd macro ... 86
nitroglycerin ... 37, 38
NITROGLYCERIN ... 38
nitroglycerin in d5w ... 38
NITROLINGUAL ... 38
nitroprusside sodium ... 82
nitroprusside sodium-nacl ... 82
NITROSTAT ... 38
NITYR ... 172
niva thyroid ... 278
NIVA-PLUS ... 245
NIVESTYM ... 195, 196
nizatidine ... 279
nora-be ... 142
NORDITROPIN FLEXPRO ... 171
norelgestromin-eth estradiol ... 140
norethin ace-eth estrad-fe ... 139
norethindrone ... 142
norethindrone acetate ... 266
norethindrone acet-ethinyl est ... 139
norethindrone-eth estradiol ... 178
norgesic ... 249
NORGESIC FORTE ... 249
norgestimate-eth estradiol ... 139
norgestim-eth estrad triphasic ... 143
NORITATE ... 159
NORLIQVA ... 130
norlyroc ... 142
normal saline flush ... 231
NORMOSOL-M IN D5W ... 229
NORMOSOL-R ... 229
NORMOSOL-R IN D5W ... 229
NORMOSOL-R PH 7.4 ... 230
NORPACE ... 39
NORPACE CR ... 39
NORPRAMIN ... 58
NORTHERA ... 288
nortrel 0.5/35 (28) ... 139
nortrel 1/35 (21) ... 139
nortrel 1/35 (28) ... 139
nortrel 7/7/7 ... 143
nortriptyline hcl ... 58
NORVASC ... 130
NORVIR ... 120
NOURIANZ ... 110
NOVA MAX GLUCOSE TEST ... 164
NOVA SAFETY LANCETS 23G ... 214
NOVA SAFETY LANCETS 28G ... 215
NOVA SUREFLEX LANCETS ... 215
NOVA SUREFLEX LANCING DEVICE ... 215
NOVAREL ... 174
novavax covid-19 vaccine ... 285
novite ... 242
NOVOEIGHT ... 189
NOVOFINE PEN NEEDLE ... 223
NOVOFINE PLUS PEN NEEDLE ... 223
NOVOLIN 70/30 ... 62
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN ... 62
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN RELION ... 62
NOVOLIN 70/30 RELION ... 62
NOVOLIN N ... 62
NOVOLIN N FLEXPEN ... 62
NOVOLIN N FLEXPEN RELION ... 62
NOVOLIN N RELION ... 62
NOVOLIN R ... 62
NOVOLIN R FLEXPEN ... 62
NOVOLIN R FLEXPEN RELION ... 62
NOVOLIN R RELION ... 63
NOVOLOG ... 63
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION ... 63
NOVOLOG FLEXPEN ... 63
NOVOLOG FLEXPEN RELION ... 63
NOVOLOG MIX 70/30 ... 63
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN ... 63
NOVOLOG MIX 70/30 RELION ... 63
NOVOLOG PENFILL ... 63
NOVOLOG RELION ... 63
NOVOSEVEN RT ... 189

NOXAFIL 71
np thyroid 278
NPLATE 197
NUBEQA 89
NUCALA 43
NUCYNTA 33
NUCYNTA ER 33
NUEDEXTA 272
NULIBRY 173
NULOJIX 236
NUMBRINO 250
NUPLAZID 113
NURTEC 226
NUTRILIPID 254
NUTROPIN AQ NUSPIN 10 171
NUTROPIN AQ NUSPIN 20 171
NUTROPIN AQ NUSPIN 5 171
NUVARING 140
NUVESSA 286
NUVIGIL 19
NUWIQ 189
NUZYRA 276
nyamyc 150
nylia 1/35 139
nylia 7/7/7 143
NYMALIZE 130
NYPOZI 196
nystatin 71, 150, 237
nystatin-triamcinolone 149
nystop 150
NYVEPRIA 196
OB COMPLETE 245
OB COMPLETE ONE 245
OB COMPLETE PETITE 245
OB COMPLETE PREMIER 245
OB COMPLETE/DHA 245
obizur 189
OCALIVA 179
ocella 139
OCREVUS 270
OCREVUS ZUNOVO 269
OCTAGAM 265
OCTAPLAS BLOOD GROUP A 192
OCTAPLAS BLOOD GROUP AB 192
OCTAPLAS BLOOD GROUP B 192
OCTAPLAS BLOOD GROUP O 192
octreotide acetate 176
OCUFLOX 256
ODACTRA 20
ODEFSEY 119
ODOMZO 97
OFEV 276
ofloxacin 179, 256, 262
OGIVRI 93
OGSIVEO 97
OHTUVAYRE 44
OJEMDA 95
OJJAARA 106
olanzapine 118
olanzapine-fluoxetine hcl 275
OLINVYK 33
olmesartan medoxomil 80
olmesartan medoxomil-hctz 79
olmesartan-amlodipine-hctz 81
olopatadine hcl 251, 256
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 21
OMECLAMOX-PAK 281
omega-3-acid ethyl esters 73
OMEGAVEN 254
omeprazole 280
omeprazole-sodium bicarbonate 280
OMIDRIA 260
OMNARIS 251
OMNICAP 242
OMNIFLEX DIAPHRAGM 208
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 218
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5 218
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 219
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS 219
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) 219
OMNIPOD DASH PDM (GEN 4) 219
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) 219
OMNITROPE 171
OMVOH 182
OMVOH (300 MG DOSE) 182
ON CALL EXPRESS BLOOD GLUCOSE 165
ONAPGO 112
ONCASPAR 103
once daily 242
ondansetron 68
ondansetron hcl 68
ondansetron hcl +rfid 68
one daily 242
one daily essential 242
one daily essentials 242
one daily multivitamin adult 242
one daily multivitamin/iron 241
ONE DROP TEST 165
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN 242
ONE VITE WOMENS 245
ONE VITE WOMENS PLUS 245
one-daily multi vitamins 242
one-daily multi-vitamin 242
one-daily multi-vitamin/iron 241
one-daily/iron 241
ONELAX MAGNESIUM CITRATE 203
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET30G 215
ONETOUCH DELICA PLUS LANCET33G 215
ONETOUCH DELICA PLUS LANCING 215
ONETOUCH DELICA SAFETY LANCING 215
ONETOUCH ULTRA 165
ONETOUCH ULTRA BLUE TEST 165
ONETOUCH ULTRA TEST 165
ONETOUCH ULTRASOFT 2 LANCETS 215
ONETOUCH VERIO 165
ONEXTON 148
ONFI 47
ONGENTYS 112
ONGLYZA 59
ONIVYDE 109
ONPATTRO 272
ONTRUZANT 93
ONUREG 90
ONYDA XR 14
ONZETRA XSAIL 228
opcicon one-step 141
OPDIVO 93
OPDIVO QVANTIG 102
OPDUALAG 91
OPFOLDA 170
OPILL 142
OPIPZA 118
OPSUMIT 133
OPSYNVI 132
option 2 141
OPTIONS GYNOL II CONTRACEPTIVE 286
OPTIUMEZ TEST 165
OPVEE 68
OPZELURA 153
ORABLOC 204
ORACEA 159
ORALAIR 20
oralone 238
ORAPRED ODT 144
ORAVIG 237
ORBACTIV 84
ORENCIA 28
ORENCIA CLICKJECT 28
ORENITRAM 132
ORENITRAM MONTH 1 132
ORENITRAM MONTH 2 132
ORENITRAM MONTH 3 132
ORFADIN 172
ORGOVYX 105
ORIAHNN 178
ORILISSA 170
ORKAMBI 275
ORLADEYO 192
orlistat 17
Ormalvi 166
orphenadrine citrate 249
orphenadrine citrate er 249
ORPHENADRINE-ASPIRIN-CAFFEINE 249
orphengesic forte 249
ORSERDU 109
ORTHOVISC 250
oseltamivir phosphate 124
osmitrol 167
OSPHENA 175
OTEZLA 28

OTOVEL 262
OTREXUP 21
OTULFI 151, 182
OVIDE 159
OVIDREL 174
oxacillin sodium 266
OXACILLIN SODIUM IN DEXTROSE 266
oxaliplatin 88
oxaprozin 28
oxazepam 39
oxcarbazepine 50
oxcarbazepine er 50
OXERVATE 258
oxiconazole nitrate 157
OXISTAT 157
OXLUMO 186
OXTELLAR XR 50
oxybutynin chloride 282
oxybutynin chloride er 282
oxycodone hcl 33
OXYCODONE-ACETAMINOPHEN 34
oxycodone-acetaminophen 34
OXYCONTIN 33
oxymorphone hcl 33
oxymorphone hcl er 33
oxytocin 263
OXYTROL 282
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 63
OZEMPIC (1 MG/DOSE) 64
OZEMPIC (2 MG/DOSE) 64
OZOBAX DS 249
OZURDEX 260
pacerone 40
paclitaxel 107
PACLITAXEL PROTEIN-BOUND PART 107
PADCEV 93
PALFORZIA (1 MG DAILY DOSE) 19
PALFORZIA (12 MG DAILY DOSE) 19
PALFORZIA (120 MG DAILY DOSE) 19
PALFORZIA (160 MG DAILY DOSE) 19
PALFORZIA (20 MG DAILY DOSE) 19
PALFORZIA (200 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (240 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (3 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (300 MG MAINTENANCE) 20
PALFORZIA (300 MG TITRATION) 20
PALFORZIA (40 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (6 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA (80 MG DAILY DOSE) 20
PALFORZIA INITIAL DOSE 1-3YRS 20
PALFORZIA INITIAL DOSE 4-17YRS 20
PALFORZIA INITIAL ESCALATION 20
PALINGEN FLOW 160
PALINGEN HYDROMEMBRANE 160
PALINGEN INOVOFLO 160
PALINGEN MEMBRANE 160
PALINGEN XPLUS HYDROMEMBRANE 160
PALINGEN XPLUS MEMBRANE 160
paliperidone er 114
PALONOSETRON HCL 68
palonosetron hcl 68, 69
PALYNZIQ 175
PAMELOR 58
pamidronate disodium 169
PAMIDRONATE DISODIUM 169
PANCREAZE 166
PANHEMATIN 191
PANRETIN 150
pantoprazole sodium 280
pantoprazole sodium-nacl 280
PANZYGA 265
PARADIGM REAL-TIME TRANSMITTER 215
PARAGARD INTRAUTERINE COPPER 141
paraplatin 88
paricalcitol 172
PARLODEL 111
PARNATE 55
paroxetine hcl 55
paroxetine hcl er 55
paroxetine mesylate 275
PARSABIV 169
PAVBLU 262
PAXIL 55
PAXIL CR 55
PAXLOVID 122
PAXLOVID (150/100) 122
PAXLOVID (300/100) 122
pazopanib hcl 99
PC UNIFINE PENTIPS 223
PEDIAPRED 145
PEDIARIX 278
PEDMARK 108
PEDVAX HIB 283
peg 3350 202
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 201
peg-3350/electrolytes 201
peg-3350/electrolytes/ascorbat 201
PEGASYS 123
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 201
PEG-PREP 201
PEMAZYRE 97
pemetrexed 90
pemetrexed dipotassium 90
pemetrexed disodium 90
pemetrexed ditromethamine 90
PEMFEXY 90
PEMGARDA 263
PEMRYDI RTU 90
pen needle/5-bevel tip 224
PEN NEEDLES 224
PENBRAYA 283
penciclovir 153
penicillamine 232
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 265
penicillin g potassium 265
penicillin g sodium 265
penicillin v potassium 265
PENNSAID 150
PENTACEL 278
PENTAM 83
pentamidine isethionate 83
PENTASA 181
pentazocine-naloxone hcl 35
PENTIPS 224
PENTIPS GENERIC PEN NEEDLES 224
pentobarbital sodium 199
pentoxifylline er 191
PEPCID 279
PERCOCET 34
PERFECT LANCETS 28G 215
PERFECT LANCETS 30G 215
PERFECT POINT SAFETY LANCETS 215
PERFOROMIST 42
PERIDEX 237
PERIKABIVEN 254
perindopril erbumine 78
periogard 237
PERJETA 93
permethrin 159
perphenazine 117
perphenazine-amitriptyline 271
PERSERIS 114
PERTZYE 166
PFIZER COVID-19 VAC-TRIS 5-11Y 285
pfizer covid-19 vac-tris 6m-4y 285
pfizerpen 265
PHARMACIST CHOICE AUTOCODE 165
PHARMACIST CHOICE LANCETS 215
PHARMACIST CHOICE NO CODING 165
PHEBURANE 176
phendimetrazine tartrate 16
PHENDIMETRAZINE TARTRATE ER 16
phenelzine sulfate 55
PHENERGAN 72
phenobarbital 199
phenobarbital sodium 199
phenoxybenzamine hcl 78
phentermine hcl 16
phentermine-topiramate er 16
phentolamine mesylate 78
phenylephrine hcl 255

PHENYLEPHRINE HCL (PRESSORS) 288
PHENYTEK 53
phenytoin 53
phenytoin infatabs 53
phenytoin sodium 53
phenytoin sodium extended 53
PHESGO 102
PHEXXI 287
philith 139
phillips milk of magnesia 203
phospha 250 neutral 230
PHOSPHOLINE IODIDE 255
phosphorous 230
phospho-trin 250 neutral 230
phospho-trin k500 230
PHOTOFRIN 103
PHOTREXA-PHOTREXA VISCOUS KIT 259
PHOXILLUM B22K4/0 233
PHOXILLUM BK4/2.5 233
physiolyte 235
physiosol irrigation 235
phytonadione 289
PIASKY 190
PIFELTRO 121
pilocarpine hcl 238, 255
pimecrolimus 158
pimozide 272
pimtrea 137
pindolol 127
pioglitazone hcl 66
pioglitazone hcl-glimepiride 66
pioglitazone hcl-metformin hcl 66
PIP BLOOD GLUCOSE TEST STRIP 165
PIP LANCETS 28G 215
PIP LANCETS 30G 215
pip pen needles 31g x 5mm 224
pip pen needles 32g x 4mm 224
piperacillin sod-tazobactam so 266
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) 108
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 108
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 108
pirfenidone 276
piroxicam 28
pitavastatin calcium 75
PITOCIN 263
PLAQUENIL 86
PLASMA-LYTE 148 230
PLASMA-LYTE A 230
PLAVIX 193
PLEGRIDY 270
PLEGRIDY STARTER PACK 270
plenamine 253
PLENVU 201
plerixafor 194
PLUVICTO 103
PNEUMOVAX 23 283
pnv 27-ca/fe/fa 245
pnv prenatal plus multivit+dha 245
PNV TABS 20-1 245
pnv-dha 247
PNV-DHA+DOCUSATE 247
PNV-OMEGA 245
pnv-select 245
POCKETCHEM EZ TEST 165
podofilox 157
POGO AUTOMATIC TEST CARTRIDGES 165
POKONZA 231
POLIVY 92
polocaine 204
polocaine-mpf 204
polycin 257
polyethylene glycol 3350 202
polymyxin b sulfate 86
polymyxin b-trimethoprim 257
POLY-TUSSIN AC 147
POLY-VI-FLOR 243
POLY-VI-FLOR/IRON 243
POMALYST 97
POMBILITI 170
PONVORY 274
PONVORY STARTER PACK 274
portia-28 139
PORTRAZZA 96
posaconazole 71
POSFREA 69
POSIMIR 204
POTASSIUM ACETATE 231
POTASSIUM CHLORIDE 231
potassium chloride 231
potassium chloride crys er 231
potassium chloride er 231
POTASSIUM CHLORIDE IN NACL 230
potassium chloride in nacl 230
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 91
PRADAXA 47
PRALUENT 75
pramipexole dihydrochloride 112
pramipexole dihydrochloride er 112
PRAMOSONE 160
PRAMOTIC 262
prasugrel hcl 193
pravastatin sodium 75
PRAXBIND 67
praziquantel 37
prazosin hcl 81
PRECEDEX 200
PRECISION SURE-DOSE SYRINGE 224
PRECISION XTRA BLOOD GLUCOSE 165
PRED FORTE 260
PRED MILD 260
prednisolone 145
prednisolone acetate 260
prednisolone sodium phosphate 145
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 260
prednisone 145
PREDNISONE INTENSOL 145
PREFERRED PLUS UNIFINE PENTIPS 224
pregabalin 50, 51
pregabalin er 272
PREGEN DHA 247
PREGENNA 245
PREGNYL 174
PREMARIN 178, 179, 287
PREMASOL 253
PREMESISRX 247
PREMPHASE 178
PREMPRO 178
prena 1 true 247
prena1 247
PRENA1 PEARL 245
PRENATAL 245
PRENATAL (W/IRON & FA) 245
PRENATAL 19 245
prenatal 19 245
PRENATAL COMPLETE 245
PRENATAL FORTE 245
PRENATAL MULTIVITAMIN + DHA 247
PRENATAL ONE DAILY 245
PRENATAL PLUS 245
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 245
PRENATAL VITAMIN AND MINERAL 245
prenatal vitamins 245
PRENATAL VITAMINS 245
PRENATAL/IRON 245
PRENATAL-U 245
PRENATE 247
PRENATE AM 247
PRENATE DHA 247
PRENATE ELITE 245
PRENATE ENHANCE 247
PRENATE ESSENTIAL 247
PRENATE MINI 247
PRENATE PIXIE 247
PRENATE RESTORE 247
PRENATRIX 245
PRENATRYL 245
PREPIDIL 263
PRESTALIA 76
PRETOMANID 87
PREVACID 280
PREVACID SOLUTAB 280
prevalite 73
PREVDUO 67
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLES 224
PREVENT SAFETY PEN NEEDLES 224
PREVIDENT 238

PREVIDENT 5000 BOOSTER PLUS 238
PREVIDENT 5000 DRY MOUTH 238
PREVIDENT 5000 ENAMEL PROTECT 237
PREVIDENT 5000 KIDS 238
PREVIDENT 5000 ORTHO DEFENSE 238
PREVIDENT 5000 PLUS 238
PREVIDENT 5000 SENSITIVE 237
PREVNAR 20 283
prev-rx 241
PREVYMIS 122
PREZCOBIX 119
PREZISTA 120, 121
PRIFTIN 87
PRILOSEC 280
PRIMAQUINE PHOSPHATE 86
PRIMAXIN IV 83
primidone 51
PRIORIX 284
PRISMASOL B22GK 4/0 233
PRISMASOL BGK 0/2.5 233
PRISMASOL BGK 2/0 233
PRISMASOL BGK 2/3.5 233
PRISMASOL BGK 4/0/1.2 233
PRISMASOL BGK 4/2.5 233
PRISMASOL BK 0/0/1.2 233
PRISTIQ 57
PRIVIGEN 265
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 224
PRO COMFORT LANCETS 30G 215
PRO COMFORT LANCETS 31G 215
PRO COMFORT PEN NEEDLES 224
pro comfort safety lancets 30g 215
PRO VOICE V8/V9 GLUCOSE 165
PROAIR RESPICLICK 42
probenecid 187
procainamide hcl 39
PROCARDIA XL 130
procentra 15
prochlorperazine 117
prochlorperazine edisylate 117
prochlorperazine maleate 117
PROCRIT 195
PROCTOCORT 37
PROCTOFOAM HC 37
procto-med hc 37
proctosol hc 37
proctozone-hc 37
PROCYSBI 186
PRODIGY INSULIN SYRINGE 224
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 266
PROGLYCEM 59
PROGRAF 235
PROLASTIN-C 275
PROLATE 34
PROLENSA 258
PROLEUKIN 103
PROLIA 175
PROMACTA 197
promethazine hcl 72
promethazine-codeine 146
promethazine-dm 146
promethazine-phenylephrine 146
promethegan 72, 73
PROMETRIUM 266
propafenone hcl 40
propafenone hcl er 40
proparacaine hcl 258
PROPECIA 161
PROPEL 251
PROPEL CONTOUR 251
PROPEL MINI 251
PROPEL MINI SDS 251
propofol 185
propranolol hcl 127
propranolol hcl er 127
propylthiouracil 277
PROQUAD 284
PRO-RED AC 147
PROSCAR 185
PROSOL 253
PROSTIN VR 132
protamine sulfate 193
PROTONIX 280, 281
PROTOPAM CHLORIDE 67
protriptyline hcl 58
PROVAYBLUE 67
PROVERA 266
PROVIDA OB 246
PROVIGIL 19
PROVISC 261
PROZAC 55
prucalopride succinate 179
PRUDOXIN 150
pseudoeph-bromphen-dm 146
PTS PANELS EGLU TEST 165
PULMICORT 44
PULMICORT FLEXHALER 44
Pulmosal 146
PULMOZYME 276
PURE COMFORT LANCETS 30G 215
PURE COMFORT PEN NEEDLE 224
pure comfort safety pen needle 224
PURIXAN 90
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 281
pyrazinamide 87
pyridostigmine bromide 87
pyridostigmine bromide er 87
pyrimethamine 86
PYRUKYND 193
PYRUKYND TAPER PACK 193
PYZCHIVA 151, 182
QBRELIS 78
QBREXZA 158
qc advanced lancing device 215
qc aspirin low dose 30
qc b50 prolonged release 240
qc b-complex/vitamin c 239
qc childrens aspirin 30
qc daily multivitamins/iron 241
qc essentials 242
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 203
qc milk of magnesia 203
qc natura-lax 202
qc nicotine transdermal system 274
QC PEN NEEDLES 224
QC PRENATAL 246
QC UNIFINE PENTIPS 224
QC UNILET LANCETS 28G 215
QC UNILET LANCETS MICRO THIN 215
QELBREE 14
QFITLIA 188
QINLOCK 99
QLOSI 255
QNASL 251
QNASL CHILDRENS 251
QSYMIA 16
QUADRACEL 278, 279
quazepam 200
QUELICIN 251
QUESTRAN 73
QUESTRAN LIGHT 73
quetiapine fumarate 116
quetiapine fumarate er 116
QUFLORA FE 241
QUFLORA FE PEDIATRIC 243
QUFLORA PEDIATRIC 243
QUICK TOUCH BLOOD GLUCOSE TEST 165
QUICK TOUCH INSULIN PEN NEEDLE 224
QUICKTEK TEST 165
QUILLICHEW ER 19
QUILLIVANT XR 19
quin b strong b-25 240
quinapril hcl 78
quinapril-hydrochlorothiazide 76
quinidine gluconate er 39
quinidine sulfate 39
quinine sulfate 86
QUINTABS 242
QUINTET AC BLOOD GLUCOSE TEST 165
QUINTET BLOOD GLUCOSE TEST 165

QULIPTA 226
QUVIVIQ 200
QUZYTTIR 72
QVAR REDIHALER 45
ra aspirin adult low dose 30
ra aspirin adult low strength 30
ra aspirin childrens 30
ra aspirin ec 30
ra aspirin ec adult low st 30
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 274
ra nicotine 274
ra nicotine gum 274
ra nicotine polacrilex 274
RA PEN NEEDLES 224
RA PRENATAL 246
RA PRENATAL FORMULA 246
ra womens laxative 203
RABAVERT 285
RABEPRAZOLE SODIUM 281
rabeprazole sodium 281
RADICAVA ORS 251
RADICAVA ORS STARTER KIT 251
RADIOGARDASE 67
RAGWITEK 20
RALDESY 56
raloxifene hcl 175
ramelteon 200
ramipril 78
ranolazine er 37
RAPAFLO 185
RAPIBLYK 126
RAPIVAB 124
rasagiline mesylate 111
RASUVO 21
RAVICTI 177
raya sure pen needle 224
RAYALDEE 172
RAYOS 145
react 141
READYLANCE SAFETY LANCETS 215
REALITY INSULIN SYRINGE 224
REALITY LANCETS 215
REALITY LATEX CONDOMS 207
REALITY LATEX/ULTRA TEXTURED 207
REALITY LATEX/ULTRA THIN 207
REALITY TRIGGER LANCETS 215
REBIF 270
REBIF REBIDOSE 270
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK 270
REBIF TITRATION PACK 270
REBINYN 189
REBLOZYL 194
REBYOTA 183
RECARBRIO 83
RECLAST 169
reclipsen 139
RECOMBINATE 189
RECOMBIVAX HB 285
RECORLEV 170
RECOTHROM 198
RECOTHROM SPRAY KIT 198
RECTIV 37
REFRESH AA 15 PKU 253
REFRESH AA 15 TYR 253
REFUAH PLUS BLOOD GLUCOSE TEST 165
REGLAN 180
REGONOL 87
REGRANEX 161
RELAFEN DS 28
RELENZA DISKHALER 124
RELEUKO 196
RELEXXII 19
relibiotic 66
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 216
RELION LANCETS ULTRA-THIN 30G 216
RELION LANCING DEVICE 216
RELION PEN NEEDLES 224
RELION PREMIER TEST 165
RELION PRIME TEST 165
RELION TRUE METRIX TEST STRIPS 165
RELION ULTIMA TEST 165
RELION ULTRA THIN LANCETS 30G 216
RELISTOR 183
RELNATE DHA 246
RELPAX 228
RELTONE 180
REMERON 54
REMERON SOLTAB 54
REMESENSE 207
REMICADE 184
remifentanil hcl 33
REMODULIN 132
RENACIDIN 186
renal vitamin 239
rena-vite 239
RENFLEXIS 184
RENOVA 149
RENOVA PUMP 149
RENTHYROID 278
RENVELA 183
repaglinide 64
REPATHA 75
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 75
REPATHA SURECLICK 76
RESTASIS 257
RESTASIS MULTIDOSE 257
RESTORIL 200
RETACRIT 195
RETEVMO 100
RETIN-A 148
RETIN-A MICRO 148
RETIN-A MICRO PUMP 148
RETISERT 260
RETROVIR 122
REVATIO 133
REVCOVI 168
REVLIMID 234
revonto 249
REVUFORJ 98
REXTOVY 68
REXULTI 118
REYATAZ 121
REYVOW 228
REZDIFFRA 180
REZIPRES 288
REZLIDHIA 105
REZUROCK 236
REZVOGLAR KWIKPEN 63
REZZAYO 70
RHOFADE 159
RHOGAM ULTRA-FILTERED PLUS 265
RHOPHYLAC 265
RHOPRESSA 259
RIABNI 91
RIASTAP 189
ribavirin 123, 125
RIDAURA 25
rifabutin 87
RIFADIN 87
rifampin 87
RIGHTEST ALTERNATE SITE ADAPT 216
RIGHTEST GD500 LANCING DEVICE 216
RIGHTEST GL300 LANCETS 216
RIGHTEST GS100 BLOOD GLUCOSE 165
RIGHTEST GS300 BLOOD GLUCOSE 165
RIGHTEST GS550 BLOOD GLUCOSE 165
RIGHTEST GT333 BLOOD GLUCOSE 166
RIGHTEST GT333 GLUCOSE TEST 166
riluzole 251
rimantadine hcl 124
RIMSO-50 186
ringers 230

ringers irrigation 235
RINVOQ 21
RINVOQ LQ 21
RIOMET 59
risanoid plus 248
risedronate sodium 169
RISPERDAL 114
RISPERDAL CONSTA 114
risperidone 115
risperidone microspheres er 115
RITALIN 19
RITALIN LA 19
ritonavir 121
RITUXAN 91
RITUXAN HYCELA 102
rivaroxaban 45
rivastigmine 268
rivastigmine tartrate 268
rivelsa 141
RIVFLOZA 187
RIXUBIS 189
rizatriptan benzoate 228
ROBAXIN 249
ROCALTROL 172
ROCKLATAN 258
rocuronium bromide 252
roflumilast 44
ROLVEDON 196
romidepsin 97
ROMVIMZA 96
ropinirole hcl 112
ropinirole hcl er 112
ropivacaine hcl 205
ROPIVACAINE HCL 205
rosuvastatin calcium 75
ROTARIX 285
ROTATEQ 285
ROWASA 182
roweepra 51
ROXICODONE 33
ROXYBOND 33
ROZEREM 201
ROZLYTREK 101
RUBRACA 108
RUCONEST 190
rufinamide 51
RUKOBIA 120
RUXIENCE 91
RYALTRIS 250
RYANODEX 249
RYBELSUS 64
RYBREVANT 100
ryclora 72
RYDAPT 99
RYDEX 147
RYKINDO 115
RYLAZE 103
RYPLAZIM 192
RYSTIGGO 235
RYTARY 112
RYTELO 108
RYVENT 72
RYZNEUTA 196
SABRIL 52
SAFETY LANCET 30G/PRESSURE ACT 216
SAFETY LANCETS 216
SAFETY LANCETS 21G 216
SAFETY LANCETS 23G 216
SAFETY LANCETS 28G 216
safety pen needles 224
SAFYRAL 139
sajazir 190
SALAGEN 238
saline flush 231
SAMSCA 175
SANCUSO 69
SANDIMMUNE 233
SANDOSTATIN 176
SANDOSTATIN LAR DEPOT 176
SANTYL 156
SAPHNELO 236
SAPHRIS 115
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 92
SAVAYSA 45
SAVELLA 268
SAVELLA TITRATION PACK 268
saxagliptin hcl 59
saxagliptin-metformin er 60
SAXENDA 16
sb bisacodyl laxative ec 203
sb childrens aspirin 31
sb gentle lax-women 204
SB INSULIN SYRINGE 224
SB LANCETS THIN 216
SB LANCETS ULTRA THIN 216
sb low dose asa ec 31
sb magnesium citrate 203
sb milk of magnesia 203
sb polyethylene glycol 3350 202
SCEMBLIX 94
SCENESSE 158
scopolamine 69
SECUADO 116
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 224
SECURESAFE SAFETY PEN NEEDLES 224
SEGLUROMET 65
SELARSDI 151, 182
select-lite device/lancets 216
select-lite lancing device 216
SELECT-OB 246
SELECT-OB+DHA 247
selegiline hcl 111
SELENIOUS ACID 232
selenium sulfide 152
SELZENTRY 120
SEMGLEE (YFGN) 63
SE-NATAL 19 246
SENSIPAR 169
sensorcaine 205
sensorcaine/epinephrine 204
sensorcaine-mpf 205
sensorcaine-mpf/epinephrine 204
SENSORCAINE-MPF/EPINEPHRINE 204
SEREVENT DISKUS 42
SERNIVO 156
SEROQUEL 116
SEROQUEL XR 116
SEROSTIM 171
SERTRALINE HCL 55
sertraline hcl 55
setlakin 141
sevelamer carbonate 183, 184
sevelamer hcl 184
SEVENFACT 189
sevoflurane 185
SEYSARA 277
SEZABY 199
sf 238
sf 5000 plus 238
SFROWASA 182
sharobel 142
SHINGRIX 286
SIGNIFOR 176
SIGNIFOR LAR 176
SIKLOS 194
sildenafil citrate 133, 134
SILENOR 200
SILIQ 151
silodosin 185
SILVADENE 153
silver sulfadiazine 153
SIMBRINZA 254
SIMLANDI (1 PEN) 24
SIMLANDI (1 SYRINGE) 24
SIMLANDI (2 PEN) 24
SIMLANDI (2 SYRINGE) 24
simliya 137
simpesse 141
SIMPLE DIAGNOSTICS LANCING DEV 216
SIMPLERA SENSOR 216
SIMPLERA SYNC SENSOR 216
SIMPLERA SYSTEM 216
SIMPONI 24
SIMPONI ARIA 24
SIMULECT 235
simvastatin 75
SINEMET 112
SINGLE-LET 216
SINGULAIR 43, 44
sirolimus 235
SIRTURO 87
sitaglipt base-metform hcl er 60
sitagliptin 59
sitagliptin base-metformin hcl 60
SITAVIG 124
SIVEXTRO 85
SKYCLARYS 251

SKYLA 142
SKYRIZI 151, 182
SKYRIZI PEN 151
SKYTROFA 171
SLYND 142
sm nicotine 274
sm nicotine polacrilex 274
SMART DIABETES VANTAGE LANCING 216
SMARTEST BLOOD GLUCOSE TEST 166
SMARTEST LANCETS 28G 216
SMOFLIPID 254
smooth lax 202
SOAANZ 167
sod benz-sod phenylacet 177
SODIUM ACETATE 228
sodium acetate 228
sodium bicarbonate 228
sodium chloride 146, 186, 231
sodium chloride (pf) 231
sodium fluoride 230, 238
sodium fluoride 5000 enamel 237
sodium fluoride 5000 plus 238
sodium fluoride 5000 ppm 238
sodium fluoride 5000 sensitive 237
SODIUM IODIDE I-131 277
SODIUM NITRITE 67
sodium nitroprusside 82
sodium oxybate 267
sodium phenylbutyrate 177
sodium phosphates 230
sodium polystyrene sulfonate 236
sodium tetradecyl sulfate 236
SODIUM THIOSULFATE 68
SOFDRA 158
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 123
SOGROYA 171
SOHONOS 249, 250
solifenacin succinate 282
SOLIQUA 64
SOLIRIS 190
SOLOSEC 20
SOLTAMOX 89
SOLU-CORTEF 145
SOLU-MEDROL 145
SOLU-MEDROL (PF) 145
SOLUS V2 LANCETS 28G 216
SOLUS V2 LANCING DEVICE 216
SOLUS V2 TEST 166
SOLUS V2 TWIST LANCETS 30G 216
SOMA 249
SOMATULINE DEPOT 176
SOMAVERT 170
SOOLANTRA 159
sorafenib tosylate 99
SORBITOL 186
SORBITOL-MANNITOL 186
SORILUX 152
SOTALOL HCL 127
sotalol hcl 127
sotalol hcl (af) 127
SOTRADECOL 236
sotradecol 236
SOTYKTU 151
SOTYLIZE 127
SOVALDI 123, 124
SOVUNA 86
SPEVIGO 151
SPIKEVAX 286
spinosad 159
SPIRIVA HANDIHALER 43
SPIRIVA RESPIMAT 43
spironolactone 167
spironolactone-hctz 166
SPORANOX 71
SPRAVATO (56 MG DOSE) 55
SPRAVATO (84 MG DOSE) 55
sprintec 28 139
SPRITAM 51
SPRIX 28
SPRYCEL 94
sps (sodium polystyrene sulf) 236
sronyx 140
ssd 153
st joseph aspirin 31
st joseph low dose 31
STAMARIL 286
STEGLATRO 65
STEGLUJAN 64
STELARA 151, 182
STENDRA 134
STEQEYMA 151, 182
STERILANCE TL 216
sterile water for irrigation 235
STIMUFEND 196
STIOLTO RESPIMAT 41
STIVARGA 99
STRATTERA 14
STRENSIQ 172
streptomycin sulfate 20
stress b complex/iron 241
stress formula 242
stress formula (folic acid) 239
stress formula/iron 241
stress formula/zinc/energy 242
stresstabs energy 242
STRIBILD 119
STRIVERDI RESPIMAT 42
STROMECTOL 37
STRONTIUM CHLORIDE SR-89 103
SUBLOCADE 35
SUBOXONE 35
subvenite 51
subvenite starter kit-blue 51
subvenite starter kit-green 51
subvenite starter kit-orange 51
SUCRAID 166
sucralfate 280
SUFENTANIL CITRATE 33
SUFLAVE 201
SULAR 130
sulconazole nitrate 157
sulfacetamide sodium 260
sulfacetamide sodium (acne) 147
sulfacetamide-prednisolone 259
sulfadiazine 276
sulfamethoxazole-trimethoprim 83
SULFAMYLON 153
sulfasalazine 182
sulfatrim pediatric 83
sulindac 28
sumatriptan 228
sumatriptan succinate 228
sumatriptan succinate refill 228
sumatriptan-naproxen sodium 227
sunitinib malate 100
SUNLENCA 119
SUNOSI 16
SUPARTZ FX 250
super b complex/fa/vit c 239
super b complex/vitamin c 239
super b-complex 240
super b-complex + vitamin c 239
super b-complex/vit c/fa 239
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 217
SURGICEL FIBRILLAR 198
SURGICEL NU-KNIT 198
SURGICEL SNOW 1"X2" 198
SURGICEL SNOW 2"X4" 198
SURGICEL SNOW 4"X4" 199
SUSTOL 69
SUSVIMO (IMPLANT 1ST FILL) 262
SUSVIMO (IMPLANT REFILL) 262
SUTAB 201
SUTENT 100
syeda 140
SYFOVRE 257
SYLVANT 234
SYMBICORT 41
SYMBRAVO 227
SYMBYAX 275
SYMDEKO 275
SYMFI 119
SYMLINPEN 120 58
SYMLINPEN 60 58
SYMPAZAN 47
SYMPROIC 183
SYMTUZA 119
SYNAGIS 263
SYNALAR 156
SYNAREL 173

SYNDROS 69
SYNJARDY 65
SYNJARDY XR 65
SYNOJOYNT 250
SYNTHROID 278
SYNVISC 250
SYNVISC ONE 250
SYPRINE 232
SYRINGE AVITENE 199
tab-a-vite 242
tab-a-vite/beta carotene 242
tab-a-vite/iron 241
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE 241
TABLOID 90
TABRECTA 98
TACLONEX 161
tacrolimus 158, 235
tadalafil 134
tadalafil (pah) 134
TADLIQ 134
TAFINLAR 95
tafluprost (pf) 261
TAGRISSO 96
take action 141
TAKHZYRO 192
TALICIA 281
TALTZ 152
TALVEY 95
TALZENNA 109
TAMIFLU 124
tamoxifen citrate 89
tamsulosin hcl 185
Tanlor 249
taperdex 12-day 145
taperdex 6-day 145
taperdex 7-day 145
TARCEVA 96
targadox 277
TARGRETIN 109, 161
tarina 24 fe 140
tarina fe 1/20 eq 140
TARON-C DHA 246
TARPEYO 145
TASCENSO ODT 274
TASIGNA 94
tasimelteon 201
TASMAR 111
tavaborole 158
TAVALISSE 193
TAVNEOS 191
taysofy 140
TAYTULLA 140
TAZAROTENE 148
tazarotene 152
tazicef 136
TAZICEF 136
TAZORAC 152
TAZVERIK 98
TECENTRIQ 93
TECENTRIQ HYBREZA 102
TECFIDERA 270, 271
TECHLITE AST LANCETS 217
TECHLITE INSULIN SYRINGE 224, 225
TECHLITE LANCETS 217
TECHLITE LANCETS 26G 217
TECHLITE PEN NEEDLES 225
TECHLITE PLUS PEN NEEDLES 225
TECVAYLI 95
TEFLARO 136
TEGLUTIK 251
TEGRETOL 51
TEGRETOL-XR 51
TEKTURNA 82
telmisartan 80
telmisartan-amlodipine 79
telmisartan-hctz 79
temazepam 200
TEMBEXA 124
TEMODAR 105
temozolomide 105
temsirolimus 99
tencon 29
TENIVAC 279
tenofovir disoproxil fumarate 122
TENORETIC 100 82
TENORETIC 50 82
TENORMIN 126
TEPADINA 88
TEPEZZA 172
TEPMETKO 98
tepylute 88
terazosin hcl 81
terbinafine hcl 71
terbutaline sulfate 42
terconazole 286
teriflunomide 269
teriparatide 175
TERIPARATIDE 175
TERLIVAZ 177
terrell 185
TESTIM 36
TESTOPEL 36
testosterone 36
testosterone cypionate 36
testosterone enanthate 36
tetrabenazine 269
tetracaine hcl 258
tetracycline hcl 277
TEVIMBRA 93
TEXACORT 156
TEZRULY 82
TEZSPIRE 45
THALITONE 168
THALOMID 232
THAM 228
THE LIQUILIFT TRACE 231
THEO-24 45
theophylline 45
theophylline er 45
THERA 242
thera-tabs 242
THEREMS 242
thiamine hcl 288
THIOLA 187
THIOLA EC 187
thioridazine hcl 117
thiotepa 88
thiothixene 118
thrive 274
THRIVITE RX 246
THROMBATE III 192
THROMBI-GEL 10 197
THROMBI-GEL 100 197
THROMBI-GEL 40 197
THROMBIN-JMI 199
THROMBIN-JMI EPISTAXIS 199
THROMBI-PAD 197
THROMBOGEN 199
THYMOGLOBULIN 234
THYQUIDITY 278
thyroid 278
tiadylt er 130
tiagabine hcl 52
TIAZAC 130
TIBSOVO 105
ticagrelor 191
TICE BCG 103
TICOVAC 286
TIGAN 69
TIGECYCLINE 276
TIGLUTIK 251
TIKOSYN 40
tilia fe 143
timolol hemihydrate 254
timolol maleate 127, 254
timolol maleate (once-daily) 254
timolol maleate ocudose 254
timolol maleate pf 254
TIMOPTIC OCUDOSE 255
tinidazole 83
tiopronin 187
tiotropium bromide monohydrate 43
tirofiban hcl in nacl 191
TIROSINT 278
TIROSINT-SOL 278
TISSEEL 198
TISSUEBLUE 261
TIVDAK 93
TIVICAY 120
TIVICAY PD 120
tizanidine hcl 249
TLANDO 36
tm-daily vite 242
TNKASE 193
TOBI 20
TOBI PODHALER 20
TOBRADEX 259
TOBRADEX ST 259
tobramycin 20, 256
tobramycin sulfate 21
tobramycin-dexamethasone 259
TOBREX 256
TODAY SPONGE 286
todays health lancing device 217
TODAYS HEALTH PEN NEEDLES 225

TODAYS HEALTH SHORT PEN NEEDLE 225
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 28G 217
TODAYS HEALTH THIN LANCETS 30G 217
TOFIDENCE 25
TOLAK 150
tolcapone 111
TOLECTIN 600 28
tolmetin sodium 28
TOLSURA 71
tolterodine tartrate 282
tolterodine tartrate er 282
tolvaptan 176
TOPAMAX 51
TOPAMAX SPRINKLE 51
TOPICORT 156
TOPICORT SPRAY 156
topiramate 51
topiramate er 51
TOPOTECAN HCL 109
topotecan hcl 109
TOPROL XL 126
toremifene citrate 89
TORISEL 99
Torpenz 99
torsemide 167
TOSYMRA 228
TOTALVISC 261
TOUJEO MAX SOLOSTAR 63
TOUJEO SOLOSTAR 63
tovet 156
TOVIAZ 282
TPN ELECTROLYTES 230
TPOXX 124
TRACLEER 133
TRADJENTA 59
TRALEMENT 231
TRAMADOL HCL 34
tramadol hcl 34
tramadol hcl (er biphasic) 34
tramadol hcl er 34
tramadol-acetaminophen 35
trandolapril 78
trandolapril-verapamil hcl er 76
tranexamic acid 198
TRANEXAMIC ACID-NACL 198
tranylcypromine sulfate 55
TRAVASOL 253
TRAVATAN Z 261
TRAVEL LANCETS ADVANCED 28G 217
travoprost (bak free) 261
TRAZIMERA 93
trazodone hcl 56
TREANDA 88
TRECATOR 87
TRELEGY ELLIPTA 41
TRELSTAR MIXJECT 106
TREMFYA 152, 182
TREMFYA CROHNS INDUCTION 182
TREMFYA ONE-PRESS 152
TREMFYA PEN 152, 182
treprostinil 132
TRESIBA 63
TRESIBA FLEXTOUCH 63
tretinoin 109, 148
tretinoin microsphere 148
tretinoin microsphere pump 148
TRETTEN 189
TREXALL 90
TREXIMET 227
trezix 31
triamcinolone acetonide 156, 238
triamcinolone in absorbase 156
triamterene 167
triamterene-hctz 167
triazolam 200
TRIBENZOR 81
TRICOR 74
Tridacaine Ii 158
Tridacaine Iii 158
triderm 156
trientine hcl 232
TRIESENCE 260
tri-estarylla 143
trifluoperazine hcl 117
trifluridine 257
trihexyphenidyl hcl 111
TRIJARDY XR 64
TRIKAFTA 275
tri-legest fe 143
TRILEPTAL 51, 52
tri-linyah 143
tri-lo-estarylla 143
tri-lo-marzia 143
tri-lo-mili 143
tri-lo-sprintec 143
TRI-LUMA 156
TRILURON 250
trimethobenzamide hcl 69
TRIMETHOPRIM 83
tri-mili 143
trimipramine maleate 58
TRINATAL RX 1 246
trinate 246
TRINTELLIX 56
TRIPTODUR 173
TRISENOX 103
tri-sprintec 143
TRISTART DHA 247
TRIUMEQ 119
TRIUMEQ PD 119
TRI-VI-FLOR 243
TRI-VI-FLORO 243
tri-vitamin with fluoride 243
tri-vite/fluoride 243
trivora (28) 143
tri-vylibra 143
tri-vylibra lo 143
TRODELVY 109
TROGARZO 120
TROJAN ENZ 207
TROJAN MAGNUM 207
TROJAN ULTRA RIBBED LUBRICATED 207
TROJAN ULTRA THIN 207
TROJAN ULTRA THIN/SPERMICIDAL 207
TROJAN-ENZ LUBRICATED 207
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL 207
TROKENDI XR 52
TROPHAMINE 253
tropicamide 255
trospium chloride 282
trospium chloride er 282
TRUDHESA 227
true comfort insulin syringe 225
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 225
TRUE COMFORT PEN NEEDLES 225
TRUE COMFORT PRO INSULIN SYR 225
TRUE COMFORT PRO PEN NEEDLES 225
true comfort safety lancets 217
true comfort safety pen needle 225
TRUE COMFORT TWIST TOP LANCETS 217
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 217
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 64
TRUMENBA 283
TRUQAP 90
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 119
TRUXIMA 92
TRYNGOLZA 173
TRYVIO 82
TUDORZA PRESSAIR 43
TUKYSA 93
TURALIO 100
TURPENTINE 157
Turqoz 140
TUXARIN ER 146
TWIIST REFILL KIT 219
TWIIST REFILL KIT/INFUSION SET 219
TWIIST STARTER KIT 219
TWINRIX 284
TWIRLA 140
twist top lancets 30g 217
TWYNEO 148
TYBLUME 140
TYBOST 122
TYENNE 25, 26
TYGACIL 276
TYKERB 100
TYMLOS 175
TYPHIM VI 283
TYRVAYA 255
TYSABRI 270
TYVASO 133
TYVASO DPI INSTITUTIONAL KIT 132
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT 133
TYVASO DPI TITRATION KIT 133
TYVASO REFILL KIT 133
TYVASO STARTER KIT 133
TZIELD 58
UBRELVY 226
UCERIS 37, 145
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 34
ULTOMIRIS 190, 191
ultra b-100 complex 248
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 199
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 226
ULTRA-THIN II LANCETS 217
ULTRA-THIN II MINI PEN NEEDLE 226
ULTRA-THIN II PEN NEEDLE SHORT 226
ULTRA-THIN II PEN NEEDLES 226
ULTRAVATE 156
umeclidinium-vilanterol 41
UNASYN 266
UNDECATREX 36
UNIFINE OTC PEN NEEDLES 226
UNIFINE PENTIPS 226
UNIFINE PENTIPS PLUS 226
UNIFINE PROTECT PEN NEEDLE 226
UNIFINE SAFECONTROL PEN NEEDLE 226
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 226
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 2 218
UNISTIK 2 COMFORT 218
UNISTIK 2 EXTRA 218
UNISTIK 2 NEONATAL 218
UNISTIK 2 NORMAL 218
UNISTIK 2 SUPER 218
UNISTIK 3 218
UNISTIK 3 COMFORT 218
UNISTIK 3 EXTRA 218
UNISTIK 3 GENTLE 218
UNISTIK 3 NEONATAL 218
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 278
UNITUXIN 92
UPLIZNA 235
UPNEEQ 261
UPTRAVI 134
UPTRAVI TITRATION 134
UROCIT-K 10 186
UROCIT-K 15 186
UROXATRAL 185
URSO FORTE 180
URSODIOL 180
ursodiol 180
ustekinumab 152, 183
ustekinumab-aekn 152
ustekinumab-ttwe 152, 183
UVADEX 103
UZEDY 115
VABOMERE 83
VABYSMO 255
VAFSEO 196
VAGIFEM 287
valacyclovir hcl 124
VALCHLOR 150
VALCYTE 122
valganciclovir hcl 122, 123
VALIUM 39

valproate sodium 53
valproic acid 53
valrubicin 102
VALSARTAN 80
valsartan 80
valsartan-hydrochlorothiazide 79, 80
VALSTAR 102
VALTOCO 10 MG DOSE 47
VALTOCO 15 MG DOSE 47
VALTOCO 20 MG DOSE 47
VALTOCO 5 MG DOSE 47
VALTREX 124
Valtya 1/50 140
VANCOCIN 84
VANCOMYCIN HCL 84, 85
vancomycin hcl 84, 85
vancomycin hcl in dextrose 84
VANCOMYCIN HCL IN DEXTROSE 84
VANCOMYCIN HCL IN NACL 84
VANDAZOLE 286
VANFLYTA 100
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 226
VANOS 156
VANRAFIA 186
VAQTA 286
vardenafil hcl 134
varenicline tartrate 274
varenicline tartrate (starter) 274
varenicline tartrate(continue) 274
VARITHENA 236
VARIVAX 286
VARIZIG 265
VARUBI (180 MG DOSE) 70
VASCEPA 73
VASERETIC 76
vasopressin 177
vasopressin +rfid 177
vasopressin-sodium chloride 177
VASOSTRICT 177
VASOTEC 78
VAXCHORA 283
VAXELIS 279
VAXNEUVANCE 283
VAZCULEP 288
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE 286
VECAMYL 82
VECTIBIX 96
VECTICAL 152
vecuronium bromide 252
VEGZELMA 110
VELCADE 100
VELETRI 133
velivet 143
VELPHORO 184
VELSIPITY 184
VELTASSA 236
VEMLIDY 123
VENCLEXTA 94
VENCLEXTA STARTING PACK 94
VENIPUNCTURE PX1 PHLEBOTOMY 160
venlafaxine besylate er 57
venlafaxine hcl 57
venlafaxine hcl er 57
VENOFER 197
VENTAVIS 133
VENTOLIN HFA 42
Venxxiva 187
VEOPOZ 191
VEOZAH 174
verapamil hcl 130
verapamil hcl er 130
VERASENS BLOOD GLUCOSE TEST 166
VEREGEN 149
VERELAN 130, 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 258
VERQUVO 135
VERSACLOZ 115
VERZENIO 104
VESICARE 282
VESICARE LS 282
vestura 140
VEVYE 258
VFEND 71
VFEND IV 71
V-GO 20 219
V-GO 30 219
V-GO 40 219
VIAGRA 134
VIBATIV 85
VIBERZI 180
VICTOZA 64
VIDAZA 90
vienva 140
vigabatrin 52
vigadrone 52
Vigadrone 52
VIGAFYDE 52
VIGAMOX 256
Vigpoder 52
VIIBRYD 56
VIJOICE 235, 236
vilazodone hcl 56
VILTEPSO 252
VIMIZIM 174
VIMKUNYA 286
VIMOVO 26
VIMPAT 52
VINATE DHA RF 246
vinblastine sulfate 107
vincristine sulfate 107
vinorelbine tartrate 107
VIOKACE 166
viorele 137
VIRACEPT 121
VIREAD 122
VISCO-3 250
VISCOAT 260
VISIONBLUE 261
VISTOGARD 68
VISUDYNE 258
vit e-vit c-beta carotene 242
VITAFOL FE+ 247
VITAFOL GUMMIES 246
VITAFOL ULTRA 247
VITAFOL-OB 246
VITAFOL-OB+DHA 247
VITAFOL-ONE 247
vitalara 246
vitalee 242
VITALIPID N INFANT 243
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 247
vitamin b complex 238
vitamin b complex w/b-12 238
vitamin d (ergocalciferol) 289
vitamin k1 289
vitamin-b complex 238
VITAPEARL 246
VITATHELY WITH GINGER 246
VITLIPID N ADULT 242
VITLIPID N INFANT 243
VITRAKVI 101
VIVA DHA 246
VIVAGUARD INO TEST STRIPS 166
VIVAGUARD LANCETS 218
VIVAGUARD LANCETS 30G 218
VIVAGUARD LANCING DEVICE 218
VIVAGUARD SAFETY LANCETS 28G 218
VIVELLE-DOT 179
vivimusta 88
VIVITROL 68
VIVJOA 71
VIVOTIF 283
VIZIMPRO 96
VOGELXO 36
VOGELXO PUMP 36
volnea 137
VONJO 106
VONVENDI 190
VOQUEZNA 280
VOQUEZNA DUAL PAK 281
VOQUEZNA TRIPLE PAK 281
VORANIGO 105
VORAXAZE 104

voriconazole ... 72
VOSEVI ... 123
VOTRIENT ... 100
VOWST ... 183
VOXZOGO ... 174
VOYDEYA ... 191
VPRIV ... 194
VRAYLAR ... 113
VTAMA ... 152
VUITY ... 255
VUMERITY ... 271
VUSION ... 149
VYALEV ... 112
VYEPTI ... 227
vyfemla ... 140
VYKAT XR ... 168
VYLEESI ... 268
vylibra ... 140
VYLOY ... 92
VYNDAMAX ... 134
VYNDAQEL ... 134
VYONDYS 53 ... 252
VYTORIN ... 75
VYVANSE ... 15
VYVGART ... 235
VYVGART HYTRULO ... 234
VYXEOS ... 102
VYZULTA ... 261
WAINUA ... 267
WAKIX ... 17
warfarin sodium ... 45
water for irrigation, sterile ... 235
WEGMANS UNIFINE PENTIPS PLUS ... 226
WEGOVY ... 16
WELCHOL ... 74
WELIREG ... 97
WELLBUTRIN SR ... 54
WELLBUTRIN XL ... 54
wera ... 140
wesnatal dha complete ... 246
wes-phos 250 neutral ... 230
WESTAB PLUS ... 246
WESTGEL DHA ... 247
WEZLANA ... 152, 183
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 ... 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 ... 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 ... 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 ... 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 ... 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 ... 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 ... 208
WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 ... 208
WILATE ... 190
WINLEVI ... 148
WINREVAIR ... 133
WINRHO SDF ... 265
wixela inhub ... 41
womans laxative ... 204
womens laxative ... 204
wymzya fe ... 140
WYNZORA ... 161
XACDURO ... 83
XACIATO ... 286
XADAGO ... 111
XALATAN ... 261
XALKORI ... 91
XANAX ... 39
XANAX XR ... 39
XARACOLL ... 205
Xarah Fe ... 143
XARELTO ... 45
XARELTO STARTER PACK ... 46
XATMEP ... 90
XCOPRI ... 52
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ... 52
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ... 52
XDEMVY ... 257
XELJANZ ... 21
XELJANZ XR ... 21
XELODA ... 90
XELPROS ... 262
Xelria Fe ... 140
XELSTRYM ... 15
XEMBIFY ... 265
XENAZINE ... 269
XENICAL ... 17
XENPOZYME ... 168
XEOMIN ... 252
XERAVA ... 276
XERESE ... 153
XERMELO ... 184
XGEVA ... 175
XHANCE ... 251
XIAFLEX ... 233
XIFAXAN ... 83
XIGDUO XR ... 65
XIIDRA ... 255
XIPERE ... 260
XOFIGO ... 103
XOFLUZA (40 MG DOSE) ... 125
XOFLUZA (80 MG DOSE) ... 125
XOLAIR ... 41, 42
XOLREMDI ... 194
XOPENEX HFA ... 42
XOSPATA ... 100
XPHOZAH ... 169
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ... 101
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ... 101
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ... 101
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ... 101
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ... 101
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ... 101
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ... 101
XROMI ... 194
XTAMPZA ER ... 34
XTANDI ... 89
xulane ... 140
XULTOPHY ... 64
XURIDEN ... 171
XYLOCAINE ... 205
XYLOCAINE MPF +RFID ... 205
XYLOCAINE/EPINEPHRINE ... 204
XYLOCAINE-MPF ... 205
XYLOCAINE-MPF +RFID ... 205
XYLOCAINE-MPF/EPINEPHRINE ... 204
XYNTHA ... 190
XYNTHA SOLOFUSE ... 190
XYOSTED ... 36
XYREM ... 267
XYWAV ... 267
Yargesa ... 194
YASMIN 28 ... 140
YAZ ... 140
YCANTH ... 157
YERVOY ... 92
YESINTEK ... 152, 183
YF-VAX ... 286
yl balanced b-100 ... 240
yl folic acid ... 195
YONDELIS ... 109
YONSA ... 88
YORVIPATH ... 172
YOSPRALA ... 192
YUFLYMA (1 PEN) ... 24
YUFLYMA (2 PEN) ... 24
YUFLYMA (2 SYRINGE) ... 25
YUFLYMA-CD/UC/HS STARTER ... 25
YUPELRI ... 43
YUSIMRY ... 25
YUTIQ ... 260
YUTREPIA ... 133
yuvafem ... 287
zafemy ... 140
zafirlukast ... 44
zaleplon ... 200
ZALTRAP ... 110
ZALVIT ... 246
ZANAFLEX ... 249
ZARONTIN ... 53
ZARXIO ... 196
ZAVESCA ... 194
ZAVZPRET ... 226
ZEGALOGUE ... 59
ZEJULA ... 109
ZELAPAR ... 111
ZELBORAF ... 95
ZEMAIRA ... 275
ZEMBRACE SYMTOUCH ... 228
ZEMDRI ... 21
ZEMPLAR ... 172
zenatane ... 148
ZENPEP ... 166
zenzedi ... 15, 16
ZEPATIER ... 123
ZEPBOUND ... 16
ZEPOSIA ... 274
ZEPOSIA 7-DAY STARTER PACK ... 274
ZEPOSIA STARTER KIT ... 274
ZEPZELCA ... 88
ZERBAXA ... 135

ZERVIATE 256
ZESTORETIC 77
ZESTRIL 78
ZETIA 75
ZEVALIN Y-90 102
ZEVRX INSULIN SYRINGE 226
ZEVRX PEN NEEDLES 226
ZEVRX TWIST TOP LANCETS 30G 218
ZEVTERA 136
ZIAGEN 121
ZIANA 148
zidovudine 122
ZIEXTENZO 196
ZIIHERA 93
ZILBRYSQ 191
zileuton er 40
ZILRETTA 145
ZILXI 159
ZIMHI 68
zinc chloride 232
zinc sulfate 232
ZINPLAVA 264
ZIOPTAN 262
ZIPHEX 246
ziprasidone hcl 113
ziprasidone mesylate 113
ZIPSOR 28
ZIRABEV 110
ZIRGAN 257
ZITHROMAX 205
ZITHROMAX TRI-PAK 205
ZITHROMAX Z-PAK 205
ZITUVIMET 60
ZITUVIMET XR 60
ZITUVIO 59
ZOCOR 75
ZOKINVY 233
ZOLADEX 106
zoledronic acid 169
ZOLEDRONIC ACID 169
ZOLINZA 97
zolmitriptan 228
ZOLOFT 55
zolpidem tartrate 200
zolpidem tartrate er 200
ZOMACTON 171
ZOMIG 228
Zomig 228
ZONALON 150
ZONEGRAN 52
ZONISADE 52
zonisamide 52
ZONTIVITY 193
ZORTRESS 235
ZORYVE 158
ZOSYN 266
zovia 1/35 (28) 140
ZOVIRAX 153
ZTALMY 52
ZTLIDO 158
ZUBSOLV 35
zumandimine 140
ZUNVEYL 268
ZURZUVAE 54
ZYCLARA 157
ZYCLARA PUMP 157
ZYDELIG 108
ZYFLO 40
ZYKADIA 91
ZYLET 259
ZYMFENTRA (1 PEN) 184
ZYMFENTRA (2 PEN) 184
ZYMFENTRA (2 SYRINGE) 184
ZYNLONTA 91
ZYNYZ 93
ZYPITAMAG 75
ZYPREXA 118
ZYTIGA 88
ZYVOX 85

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.